

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 87

LE TRAITEMENT
DE LA
TUBERCULOSE ANNEXIELLE

LES RÉSULTATS ELOIGNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Février 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert OLIVIER

Né le 26 août 1881, à Villereversure (Ain),

Ancien Interne des Hôpitaux,

Aide d'Anatomie à la Faculté.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Février 1912



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 87

LE TRAITEMENT

DE LA

TUBERCULOSE ANNEXIELLE

LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Février 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert OLIVIER

* Né le 26 août 1881, à Villereversure (Ain),

Ancien Interne des Hôpitaux,

Aide d'Anatomie à la Faculté.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Février 1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE
PIERRET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
	PONCET
Cliniques chirurgicales	JABOULAY
	FABRE
Clinique obstétricale et Accouchements	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LÉPINE (J.).
Clinique des maladies mentales	WEILL
Clinique des maladies des enfants	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes	CLUZET
Physique médicale	HUGOUNENQ
Chimie médicale et pharmaceutique	MOREL
Chimie organique et Toxicologie	BEAUVISAGE
Matière médicale et Botanique	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	TESTUT
Anatomie	RENAUT
Anatomie générale et Histologie	MORAT
Physiologie	COLETT
Pathologie interne	X...
Pathologie et Thérapeutique générales	PAVIOT
Anatomie pathologique	POLLOSSON (M.)
Médecine opératoire	COURMONT (P.)
Médecine expérimentale et comparée	LACASSAGNE
Médecine légale	COURMONT (J.)
Hygiène	PIE
Thérapeutique	FLORENCE
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL —
Botanique	BRETIN —
Chirurgie expérimentale	VILLARD —
Clinique infantile	MOURIQUAND —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC	PATEL	NOGIER	TAVERNIER
REGAUD	LESIEUR	LATARGET.	CADE
COMMANDEUR	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
GAYET	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.)
NEVEU-LEMAIRE	VORON	THÉVENOT	GUILLEMARD

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VALLAS, Président ; POLLOSSON (A.), Assesseur ;
MM. BÉRARD et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

A MON PÈRE

A MON ONCLE

A MA BELLE-MÈRE

*Qui par sa délicate bonté remplaça
un peu ma mère.*

A MES GRANDS PARENTS

A MON FRÈRE — A MA BELLE-SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MES JUGES :

A Mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLAS

Pendant six mois d'internat nous avons profité de son enseignement si élevé, de sa pensée qui clarifiait toutes choses. Nous lui demandons de nous réserver toujours le même sympathique accueil.

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

Avec une bonté parfaite, il nous a donné ses observations et il accepta d'être notre juge. Nous le remercions vivement et lui demandons de croire à notre gratitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLARD

Professeur Agrégé,
Chirurgien des Hôpitaux.

Le grand attachement que nous ressentons pour lui date de notre séjour dans son service. Il nous accueillit toujours avec une bienveillance affectueuse qui depuis est restée la même. Nous l'en remercions bien sincèrement.

MONSIEUR LE DOCTEUR BÉRARD

Professeur Agrégé,
Chirurgien des Hôpitaux.

Pendant un semestre passé auprès de lui nous avons profité largement de son enseignement que le charme de sa parole rendait si agréable. Qu'il soit assuré de notre reconnaissance.

AU DOCTEUR ALBERTIN

Chirurgien des Hôpitaux.

Toujours, depuis de nombreuses années, nous l'avons eu auprès de nous. Dans des circonstances très douloureuses il nous réconforta de son affection. Il fut l'ami des bons et surtout des mauvais jours. Aussi nous l'aimons comme un Maître.

AU DOCTEUR LAROYENNE

Professeur Agrégé,
Chirurgien des Hôpitaux.

C'est lui qui nous donna l'idée de ce modeste travail. Nous aurions aimé le lui dédier, mais il nous a paru de trop mauvaise qualité. L'affection que nous avons pour notre maître ne supporte pas le même reproche.

AU DOCTEUR PATEL

Professeur Agrégé,
Chirurgien des Hôpitaux.

Il nous a donné son temps et ses conseils. Un même travail nous a réunis. De notre côté il en est résulté une grande reconnaissance et une profonde sympathie.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT :

MM. VIGNARD, ALBERTIN, AUDRY, CHATIN
A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR BONDET

INTERNAT :

MM. CADE, BONNET, NOVÉ-JOSSERAND, BÉRARD,
VILLARD, VALLAS, ALBERTIN, TIXIER.

A MES MAÎTRES A LA FACULTÉ

ANATOMIE :

M. LE PROFESSEUR TESTUT
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LATARJET

MÉDECINE OPÉRATOIRE :

M. LE PROFESSEUR M. POLLOSSON
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TIXIER

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE ANNEXIELLE

LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

AVANT-PROPOS

La tuberculose annexielle, après être restée longtemps, sinon ignorée, du moins considérée comme très rare, a pris en gynécologie une place très importante. Avant 1900, de nombreux travaux avaient déjà paru, mais les traités classiques en parlaient à peine. A cette époque, les travaux de Bouilly, la thèse de M^{lle} Gorowitz et le Congrès de Rome de 1902 mirent la question au premier rang de l'actualité. Les écrits, les observations, les thèses, se succédèrent sans nombre, mettant au point l'étiologie, la pathogénie, les formes cliniques et le traitement. Depuis que l'attention est attirée sur cette localisation du bacille de Koch, nombreuses furent les malades opérées. Aussi il nous a paru intéressant de rechercher quelle fut l'histoire de ces malades depuis leur opération.

Nous nous sommes adressé à nos maîtres des hôpitaux, nous leur avons demandé de puiser dans leurs

observations, et nous avons réuni tous les cas de tuberculose annexielle que nous avons pu trouver depuis 1901.

Ils étaient très nombreux. Mais, au milieu de cette quantité remarquable, le plus grand nombre ne présentait pas les éléments de certitude. Nous les avons rejetés et seuls, ceux chez qui un examen histologique, des inoculations, démontrèrent la nature véritablement tuberculeuse de la maladie, entrent dans ce travail.

Nous avons recherché ces malades, et nous demandons une grande indulgence. Ceux qui savent la peine que l'on a à retrouver les opérées nous l'accorderont. La mauvaise volonté des malades à répondre, la difficulté que le médecin trouve aux examens complets chez certaines femmes, les changements sans nombre de domicile, nous obligèrent à abandonner quelques-unes de nos recherches. Cependant nous sommes arrivé à compléter 103 observations. C'est sur cette base que nous édifierons ce modeste travail.

Nos maîtres dans les hôpitaux ont été d'une bienveillance parfaite. Ils ont mis à notre disposition leurs observations et leurs souvenirs.

Nous avons eu l'honneur d'être externe ou interne dans le service de la plupart d'entre eux.

Les autres ne nous connaissaient pas : ils nous ont accueilli avec la même bonté. Que tous reçoivent nos remerciements et l'assurance de notre gratitude.

L'histoire du traitement de la tuberculose annexielle reflète les grandes idées chirurgicales des diverses époques.

Vers 1865, lors de la thèse de Brouardel, la thérapeutique était uniquement médicale; c'était celle de la tuberculose par le traitement général : la vie au grand air, la bonne alimentation, les changements de climats, et déjà à cette époque Brouardel croyait à la curabilité.

L'essor de la chirurgie en général et de la gynécologie en particulier retentit heureusement sur la tuberculose des annexes. Celle-ci profita des méthodes, des doctrines, de l'instrumentation chaque jour plus parfaite et de la technique mieux réglée. Le Congrès de Rome de 1902 marqua cette étape, et si Amann préconisait encore le traitement médical, Faure représentait véritablement son époque quand il disait : « Si l'intervention chirurgicale n'est pas toujours victorieuse, il nous suffit de savoir qu'elle donne souvent des résultats parfaits et des guérisons admirables. »

L'hystérectomie totale ou subtotale était le traitement de choix. Trélat, longtemps auparavant, Faure, Pozzi écrivaient que l'ablation radicale s'imposait.

C'était l'idée classique : la tuberculose annexielle était justiciable de la castration totale.

Depuis cette époque, les tendances conservatrices se manifestèrent de plus en plus. Depuis 1884, le traitement des annexites simples devenait de moins en moins

radical. Le dogme de l'hystérectomie totale disparaissait. Schrœeder, Martin vers 1889, Murphy, Terrillon, Tillaux en 1892-1894, s'élevèrent contre l'inutilité de ces interventions.

Les travaux se multiplient. A Lyon, vers 1895, Laroyenne montre les résultats donnés par sa méthode. Burrage rapporte 137 cas en 1900, et de Rouville 130, en 1911. Cette grande tendance à la conservation dans le traitement des annexites se manifesta dans celui de l'annexite tuberculeuse. Les observations de Bouilly, parues dans la thèse de M^{lle} Gorowitz en 1900, Amann et Veit au Congrès de Rome (1902), les observations nombreuses publiées partout, où la guérison avait été obtenue par des opérations peu mutilantes et où la fonction avait été conservée, permirent de soutenir les idées conservatrices. En juillet 1908, Mac Cann écrivait que la tendance conservatrice était de plus en plus grande ; elle résulte de la remarque souvent faite que la tuberculose a une grande tendance à une guérison spontanée par le développement des tissus fibreux. Les beaux succès donnés par l'opération conservatrice au maximum, la laparotomie simple, encouragèrent dans cette voie, et Rives, dans sa thèse, en 1909, se montrait nettement conservateur.

Actuellement nous sommes à une époque où l'on peut déjà juger de la valeur des méthodes par les résultats qu'elles donnent. C'est ce que nous allons essayer de faire.

CHAPITRE PREMIER

FORMES ANATOMIQUES

Lorsqu'on parcourt la littérature déjà si considérable traitant de la tuberculose annexielle, on trouve dans le traitement de cette affection les deux grandes tendances qui orientent le traitement de toutes les annexites.

D'un côté, se trouvent les partisans d'un traitement purement chirurgical et aussi radical que possible. De l'autre côté, se trouvent les partisans d'un traitement éclectique, croyant à l'efficacité des méthodes médicales, et ayant, dans une thérapeutique chirurgicale, de grandes tendances conservatrices. Comment choisir entre ces deux écoles? Nous pensons que seule l'étude des formes anatomo-cliniques permet de prendre position. Le traitement de la tuberculose annexielle n'est pas univoque. Les formes cliniques différentes permettent de diriger le traitement dans divers sens. L'étude de résultats nous montrera ensuite que véritablement le traitement chirurgical est principalement justifié, non dans un sens radical ou conservateur, mais éclectique, et gradué suivant les lésions; aussi avons nous pensé qu'il était bon, au début de ce travail, de placer un tableau rapide de la tuberculose annexielle. Ces

diverses divisions ne correspondent pas toujours aux formes qu'il est classique de connaître, mais, nous plaçant à un point de vue purement thérapeutique, nous avons divisé les formes suivant les indications qu'elles fournissent pour orienter le traitement dans tel ou tel de ses modes. Nous avons formé trois grandes divisions :

Les formes à lésions tubaires prédominantes;

Les formes à lésions péritonéales prédominantes;

Les formes à lésions ovariennes prédominantes.

Enfin nous avons ajouté un dernier chapitre traitant des diverses *complications qui peuvent se présenter au cours de l'évolution de la maladie.*

La première catégorie comprend les formes à lésions tubaires prédominantes.

FORMES A LÉSIONS SALPINGIENNES PRÉDOMINANTES

Presque tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont proposé des classifications.

C'est ainsi que Williams décrit une forme miliaire, une forme chronique fibreuse, une forme chronique diffuse, lésion la plus communément observée. Merletti distingue une forme à périsalpingite, une forme interstitielle et une forme d'endosalpingite. Chaufton décrit deux formes de salpingite : la salpingite hypertrophique, noueuse ; la salpingite purulente, tuberculeuse, caséifiée ; il l'appelle la forme kystique. Penrose et Beyea donnent la description de deux formes à propos de la tuberculose latente de la trompe. L'examen histologique seul peut montrer la vraie nature des lésions

et ces auteurs signalent une première forme où la localisation du bacille se fait sur la muqueuse remplacée partiellement par d'innombrables tubercules miliaires, en voie de caséification ; et une deuxième forme à prédominance fibreuse.

Simmonds décrit le catarrhe de la trompe.

En nous plaçant au point de vue traitement, seul l'aspect macroscopique des lésions importe. Aussi diviserons-nous les formes de tuberculose annexielle à prédominance tubaire en quatre groupes :

La salpingite tuberculeuse ;

Le pyosalpinx tuberculeux ;

L'abcès froid tubaire ;

L'hydrosalpinx.

La **forme salpingite** est la plus commune. Le bacille se localise sur les trois tuniques de la trompe, soit simultanément soit sur une seule, et presque toujours le péritoine réagit. La lésion tuberculeuse évolue ici comme partout ailleurs, donnant différents aspects suivant l'âge de cette lésion : granulations, tubercules crus, caséification et suppuration.

Les trompes sont contournées, formant des anses sur lesquelles le péritoine passe comme un pont, les fixant dans cette position.

Le canal tubaire est très souvent perméable et peut être exploré quand on a détruit les adhérences. Il peut être cependant physiologiquement obstrué par les condures ou par les saillies des tubercules. Cullen signale l'ouverture du pavillon comme un bon signe de tuberculose. Ce signe est loin d'être constant.

D'après Simmonds, on ne le rencontre que dans la moitié des cas.

Les lésions siègent en général aux deux extrémités de la trompe. Hégar et Alterthum ont insisté sur les nodosités de la portion isthmique donnant la forme en chapelet et dont la perception est, pour eux, d'une grande valeur diagnostique. A l'autre extrémité, les franges du pavillon sont réunies, accolées, rétractées.

Les granulations peuvent occuper la tunique séreuse seule. Cette forme est remarquable par la formation de l'ascite qui l'accompagne, ascite libre ou cloisonnée, plus ou moins abondante. Dans d'autres cas la réaction se manifeste sous forme de périsalpingite plus ou moins accentuée, mais parfois extrêmement intense, fixant les trompes aux anses et dans le Douglas.

Cette réaction péritonéale peut acquérir autour de la trompe elle-même son maximum d'intensité sous forme d'un épaissement très marqué. La trompe elle-même est peu atteinte ; c'est de la péritonite, nous voulons dire par là une péritonite chronique, hypertrophique, localisée uniquement à la séreuse tubaire.

Si les lésions siègent dans la tunique fibro-musculaire, elles peuvent être la localisation première ou bien une simple étape, la tuberculose tendant à envahir l'organe entier et allant de la muqueuse à la séreuse ou inversement. On a des trompes volumineuses, avec une paroi moyenne très épaissie, de la dimension du doigt, d'une banane, d'une aubergine, et qu'il faut bien distinguer de la périsalpingite signalée plus haut. Tantôt l'infiltration est uniforme, tantôt on voit des points caséifiés, abcédés.

Cette forme peut aussi se manifester par une prédominance du tissu fibreux. Les tubercules sont rares, noyés dans une gangue fibreuse ; c'est une forme à évolution torpide, presque une forme de guérison.

Ces trompes, ainsi malades, peuvent garder leur position anatomique. Le plus souvent, elles basculent dans le Douglas, où bientôt elles sont fixées par des adhérences et où leur présence est la cause de phénomènes douloureux et d'un état congestif de l'utérus qui ne cesse qu'avec l'ablation de la trompe.

Lorsque la muqueuse est le siège de la localisation tuberculeuse, elle est infiltrée de nombreux tubercules les uns crus, les autres en voie de caséification. On a une suppuration plus ou moins franche. Le pus tubaire peut s'écouler par deux voies : par la voie de l'ostium abdominal, il va inoculer le péritoine ; par l'utérus qu'il peut tuberculiser.

Si les ostia abdominal et utérin sont fermés, ou bien s'il y a un obstacle à l'écoulement ou une tendance marquée à la suppuration, il se forme un **pyosalpinx** tuberculeux. Le volume varie : tantôt on a à peine quelques grammes de pus, tantôt on a affaire à des poches énormes, à contenu très abondant. Jaboulay, et Patel signalent un cas où le pyosalpinx contenait 500 grammes de pus ; Violet en vit un contenant 850 grammes. Enfin, Violet et Jamin écrivent que le pyosalpinx de nature tuberculeuse serait parmi les plus volumineux. Ce contenu est formé d'un pus mal lié, contenant des grumeaux en suspension ; sa consistance est tantôt liquide, tantôt caséuse. La cavité peut être unique, d'aspect kystique, ou bien on peut avoir des

points encore à l'état de crudité à côté de cavernes plus ou moins volumineuses. On a étudié ce pus au point de vue bactériologique : très souvent il s'est trouvé stérile (Targett).

Les réactions péritonéales autour de ces pyosalpinx ne sont pas en accord avec leur volume, les petits étant ceux autour desquels a lieu le maximum de réaction et ce sont eux aussi qui sont le centre de ces bassins pleins de lésions, où il est si difficile de se repérer. Targett signale aussi les accidents de torsion que l'on peut observer dans les gros pyosalpinx, non fixés par des adhérences. Simmonds croit que le plus souvent la nature tuberculeuse du pyosalpinx n'est que secondaire; il succède à un pyosalpinx gonococcique ou streptococcique préexistant. Cependant, cette idée de Simmonds, si elle est exacte, ne contient qu'une partie de la vérité. L'existence de pyosalpinx tuberculeux chez des vierges dans le passé desquelles on ne trouve aucune tare, est une preuve que le pyosalpinx tuberculeux peut bien être pur sans lésions surajoutées. Quelquefois cependant, la thèse de Simmonds peut être exacte. En effet, on a signalé l'existence de pyosalpinx non tuberculeux chez les vierges (Bégouin). Ces pyosalpinx, comme toute autre lésion génitale, peuvent se tuberculiser.

Ces deux formes, où la lésion tubaire prédomine, sont généralement bilatérales. Terrillon a voulu faire de l'unilatéralité un signe de tuberculose. L'unilatéralité est rare. Daurios, sur 20 observations, n'en cite que 5, où une seule trompe était tuberculeuse, et sur ces 5 cas, 3 fois les lésions, tout en ne paraissant pas tuberculeuses, obligèrent à l'ablation.

Schramm donne 79,4 pour 100 de salpingite collatérale.

Martin écrit que la bilatéralité est plus fréquente pour la salpingite tuberculeuse que pour les autres formes d'annexite.

Pour Rosthorn, les lésions seraient toujours bilatérales.

Sur 9 cas, Pollosson signale 5 cas de bilatéralité, contre 4 unilatéraux. Il est en vérité difficile de préciser. Il faudrait des examens microscopiques très détaillés et multiples et on sait la difficulté parfois très grande que l'on a à déceler la vraie nature des annexites. Cependant, il faut bien savoir que souvent les lésions paraissant tuberculeuses sont de nature banale, qu'elles peuvent facilement guérir et cela a son importance surtout à l'heure actuelle où les tendances chirurgicales conservatrices se précisent de plus en plus.

Quelle que soit la forme à laquelle on ait affaire, mais surtout dans la forme en évolution, il existe généralement une réaction de paramètre, surtout en arrière dans les ligaments utéro-sacrés. Hégar et surtout Wieland ont décrit des nodosités facilement perceptibles par le toucher et auxquelles le dernier auteur accorde une importance très grande dans le diagnostic.

L'**abcès froid tubaire** est une des formes les plus intéressantes de la tuberculose annexielle : chronique d'emblée, elle évolue à la façon d'un abcès symptomatique d'un mal de Pott et rappelle l'abcès par congestion. Bien indiqué par Faure au Congrès de Rome de 1902, il fut l'objet de nombreux travaux. Leriche, Albertin, Jamin, Violet, Pozzi, Jaboulay, Patel l'étudient, en

publient des observations. En 1908, Bertrand en fait le sujet de sa thèse inaugurale et rapporte l'histoire de cette forme anatomique si particulière.

Dernièrement, Vaaverts et Paucot insistent à nouveau sur le traitement.

L'abcès froid tubaire se voit en dehors de toute affection génitale, gonococcique ou puerpérale. C'est souvent une localisation sur la muqueuse tubaire avec fermeture de l'ostium, et suppuration. La trompe se distend, les replis muqueux disparaissent, cela est grandement facilité par l'intégrité complète des trompes avant l'affection tuberculeuse, intégrité qui, par l'absence de sclérose et d'adhérences, permet cette vaste distension. Cette absence d'adhérences est très remarquable. Elle est la conséquence de la limitation de la tuberculose à la muqueuse tubaire, indice d'une virulence atténuée, chronique d'emblée, évoluant lentement, insidieusement, sans grandes manifestations subjectives et dont souvent la découverte est le fait du hasard.

De volume très variable (cas d'Aran), remontant jusqu'à l'ombilic; cas de Stemmann : tumeur contenant plus de 2 litres de pus; cas également de Jeannel. Ils paraissent surtout développés aux dépens de la partie externe de la trompe et sont reliés à l'angle utérin par un pédicule formé par la portion isthmique. La forme est classiquement celle d'une aubergine, d'une cornemuse, leur aspect blanc bleuâtre, comparable à celui d'un kyste de l'ovaire. L'absence d'adhérences dans des lésions déjà très vieilles, font de cette manifestation tuberculeuse une forme des plus curieuses. La paroi est formée par les trois tuniques tubaires. La tunique

séreuse est intacte, sans lésions; la tunique musculaire est très atténuée, elle a presque disparu; la sclérose l'envahit et la remplace peu à peu. La muqueuse est le siège des lésions tuberculeuses.

Ces cas sont rares. On n'en retrouve que quelques observations indiscutables. Dans nos 121 observations, nous en avons recueilli 5 cas. Le plus souvent bilatéraux, ils peuvent n'intéresser qu'un côté; ce fait, appuyé sur la constatation de la nature peu virulente de l'infection, en fait une des formes les plus heureuses pour le traitement.

Certains auteurs (Albertin Bertrand, Chaufton, J. Edgar, Targett, Tomson) ont voulu faire entrer l'hydrosalpinx dans le cadre de la tuberculose annexielle.

La nature vraisemblablement tuberculeuse (présence du bacille de Koch dans le liquide) est le fait d'une infection très atténuée.

Cependant, comme toute lésion bacillaire, ces formes atténuées peuvent subir une poussée aiguë, avec formation de pus; l'hydrosalpinx devient abcès froid; à moins que ce soit l'évolution opposée qui soit la vraie, comme le veut Lucy. Pour lui, les hydrosalpinx sont une forme de guérison des abcès froids qui deviennent ainsi stériles.

FORMES AVEC LÉSIONS PÉRITONÉALES PRÉDOMINANTES

La tuberculose annexielle s'accompagne presque toujours de réaction péritonéale. Celle-ci est par conséquent habituelle. Mais il arrive fréquemment que

la lésion première, tubaire ou ovarienne, disparaît au milieu du processus péritonéal, à la fois comme symptomatologie et comme anatomie pathologique.

La localisation annexielle n'est pour ainsi dire plus rien. Ce qui domine la scène, c'est la péritonite tuberculeuse. Cependant nous savons que cette lésion annexielle, qu'elle soit minime ou accusée, est bien la cause efficiente et que c'est sur elle que doit porter l'effort thérapeutique.

Le péritoine réagit de plusieurs façons, et il est classique de décrire une forme ascitique, une forme fibreuse adhésive et une forme fibro-caséeuse avec poche de péritonite enkystée.

Pendant longtemps, on méconnut le rôle étiologique de la tuberculose annexielle dans l'étiologie de l'ascite. Quelques auteurs paraissent avoir vu ce rôle, mais c'est Bouilly qui, en 1893 et 1896, montra nettement par ses communications à la Société de Chirurgie et par un article de *la Semaine gynécologique* que l'ascite essentielle des jeunes filles décrite par Cruveilhier était d'origine génitale et de nature tuberculeuse. Les opérations actuellement nombreuses ont bien vérifié l'opinion de Bouilly et elles ont montré l'influence des ablations d'annexes sur l'évolution de l'ascite.

Cette ascite, tantôt libre, le plus souvent cloisonnée, est formée par un liquide jaune citrin, fluide, transparent. Sa quantité n'est en rien fonction des lésions. On peut voir des ascites abondantes causées et entretenues par de minimes lésions de la séreuse tubaire ou du pavillon. C'est là que les lésions présentent le maximum d'intensité, mais elles peuvent occuper tout le petit

bassin sous forme de granulations qui vont en diminuant à mesure que l'on remonte vers l'ombilic. Souvent on trouve des adhérences cloisonnant la cavité péritonéale, adhérences molles, peu serrées, facilement détruites et dans lesquelles on ne trouve pas les formations caractéristiques de la tuberculose.

Le liquide ascitique a été étudié par Tuffier et Milian. Ces auteurs, en vue de donner un signe facilitant le diagnostic avec le kyste de l'ovaire, établirent la cytologie du liquide péritonéal dû aux lésions tuberculeuses. Ils rapportent trois cas où le diagnostic fut confirmé par l'intervention et établissent la prédominance très grande des leucocytes dans la très grande majorité des cas. On a une formule lymphocytaire.

Cette forme ascitique peut être la seule manifestation péritonéale de l'annexite. Mais généralement, si cette forme est plus fréquente chez les jeunes filles, dans les autres cas la péritonite adhésive plastique se voit le plus souvent. Parti de la trompe, soit par extension des lésions, soit par du pus tubaire passant à travers l'ostium abdominal libre, le processus infectieux s'étend autour des annexes, agglutinant les anses, les fixant aux parois abdominales, aux annexes, au fond utérin, dans le Douglas, par des adhérences plus ou moins serrées au milieu desquelles il est très difficile de se repérer. Depuis de simples adhérences jusqu'à la coulée de ciment de Pozzi, on trouve tous les stades. Quelquefois la lésion annexielle est assez minime ; l'épiploon descend, plonge dans le bassin, adhère à tous les organes. Il s'épaissit, se fixe et donne l'impression d'une volumineuse tumeur des annexes.

Dans la majorité des cas, les lésions ne revêtent pas ce caractère plastique à un degré parfait. Au milieu de cette masse comprenant tout le contenu du bassin se rencontrent des points où une caséification s'est produite, avec formation de poches remplies de liquide puriforme. C'est la forme suppurée, très fréquente, mais le devenant moins à mesure que les interventions sont plus précoces. Les adhérences sont courtes, épaisses, lardacées, saignant facilement; sur la coupe se trouvent des nodules tuberculeux, sièges de futurs abcès froids. Les lésions peuvent remonter très haut jusqu'à l'ombilic; seule une exagération plus marquée au niveau des annexes indique le point de départ. Ces adhérences unissent les anses intestinales; elles font davantage: par leur voie les bacilles se fixent sur l'intestin. Cet organe n'est pas seulement entouré, il est pénétré; il est le siège de lésions tuberculeuses crues ou caséifiées, et il faut bien connaître ce fait afin d'éviter de cruelles surprises post opératoires.

Parfois, une formation curieuse se rencontre. Nous voulons parler de l'exclusion du petit bassin par les adhérences qui forment un toit sous lequel se trouve du liquide en abondance plus ou moins considérable, tantôt purulent, formant un abcès enkysté, tantôt clair, transparent, jaune citrin, ascitique en un mot. Il peut même — mais disons de suite que cela est exceptionnel — se produire par le fait de cette accumulation de liquide une compression du rectum et du côlon avec occlusion. M. Bérard a présenté il y a quelques mois une observation de ce genre et qui se trouve rapportée dans le *Lyon Médical* du 15 octobre 1911.

OBSERVATION due à l'obligeance de M. Bérard.

Trente-six ans. A vingt-deux ans, violente douleur du côté gauche dans le bas du ventre qui grossit peu à peu. Puis tout rentre dans l'ordre, sauf la constipation qui persiste opiniâtre.

Etat abdominal variable pendant l'automne 1910.

Entre à l'Hôtel-Dieu le 6 mars 1911. La température est de $40^{\circ}1$, le pouls est à 100. Le facies est bon, le ventre est souple dans la partie supérieure et le diaphragme continue ses mouvements. On observe du tympanisme dans l'abdomen et de la distension intestinale. Il n'y a nulle part de matité.

Le toucher vaginal montre un utérus remonté très haut, col plaqué contre le pubis et difficilement accessible, car la paroi postérieure du vagin est refoulée fortement en avant par une tumeur qui remplit le Douglas et bombe vers le périnée.

Le toucher rectal confirme la présence de cette tumeur kystique ou plutôt rénitente; le rectum est aplati contre le sacrum et l'on a une peine extrême à introduire une sonde de Châtel-Guyon qui finit par être insinuée dans le gros intestin sans qu'on puisse affirmer si elle a dépassé l'obstacle en haut. Il n'y a dans le rectum aucune masse bourgeonnante et la muqueuse, comme celle du vagin, semble glisser.

La malade n'est pas allée à la selle depuis quinze jours : une canule introduite il y a trois jours, a déterminé l'expulsion de gaz avec soulagement net. Il s'agit donc d'une tumeur enclavée et comprimant le rectum. On pense à une tumeur kystique en voie de suppuration ($\theta = 40^{\circ}$).

La voie abdominale est interdite à cause de cette température et du météorisme. On peut choisir entre un anus contre-nature ou bien la colpotomie pour vider la collection du Douglas, cause de tout le mal. On fait cette dernière intervention et il s'écoule un demi-litre de liquide

ambré, jaune brun, sans aspect purulent ni odeur fécaloïde. Le toucher montre une cavité anfractueuse limitée de toutes parts.

L'après-midi, un lavement purgatif provoque une débâcle abondante. La température baisse.

21 mars. — La température est de 37 degrés. Cependant, devant la persistance de douleur et d'une masse indurée recouvrant le petit bassin on décide un examen sous anesthésie.

22 mars. — Laparotomie sous-ombilicale : on trouve une généralisation de la tuberculose aux organes génitaux avec pyosalpinx double, abcès multiples des ovaires et adhérences fibreuses anciennes avec l'intestin et l'épiploon. Hystérectomie.

1^{er} mai. — Malade part.

Ces jours-ci il nous a été donné de voir un cas curieux exceptionnel même, et nous ne l'avons jamais rencontré. Il s'agit d'une malade opérée par M. Bérard, le 12 décembre 1911.

Virginie B..., vingt et un ans. Tuberculose annexielle volumineuse, abcès froid enkysté simulant un kyste de l'ovaire.

Opérée le 12 décembre 1911. — Laparatomie sous-ombilicale. On tombe sur une poche kystique du volume d'une tête d'adulte, adhérente à la paroi et à l'intestin grêle en de très nombreux points. Sur la poche se trouvent des tubercules confluents quelques-uns caséux. On ponctionne cette poche (2 litres, un liquide jaunâtre, trouble), on la libère de ses adhérences intestinales. L'intestin est lésé en plusieurs points. Le lavage de la poche conduit aux trompes et à l'utérus. Salpingite tuberculeuse bilatérale, ablation bilatérale des annexes.

La pièce est constituée par une grosse poche à parois

très épaissies dans laquelle se trouvent les deux pavillons tubaires.

Les suites opératoires furent excellentes. Ce cas est curieux au point de vue anatomique et diagnostique. On fit le diagnostic d'anexite tuberculeux coexistant avec un kyste de l'ovaire.

Au point de vue anatomique, il est impossible de savoir si l'on a affaire à une poche de péritonite enkystée dans laquelle s'ouvrent les deux trompes, ou bien si on se trouve en présence d'une dilatation tubaire. A première vue, il semble que les deux pavillons se sont réunis par leur bord et qu'ensuite, la dilatation s'est produite lentement à la façon d'un abcès froid tubaire.

L'examen microscopique ne donne pas le mot de l'énigme ; la poche, formée d'un tissu semblable à celui de la trompe, est constituée par un tissu fibreux épais, avec quelques cellules géantes et des tubercules en voie de caséification. Pas de trace de muqueuse, ni sur les coupes de la poche ni sur celles de la trompe.

Tédenat et Romant rapportent l'observation d'une malade (obs. II) où la tuberculose annexielle se compliquait de productions polypeuses sur l'intestin grêle. Il nous souvient d'avoir vu opérer par M. Albertin une malade présentant ce mode de réaction. Les productions répandues partout sur le péritoine et l'intestin avaient un aspect corraliforme. Parmi les observations de M. Pollosson, nous avons rencontré un cas où la tuberculose annexielle s'accompagnait de végétations semblables.

OBSERV. 14, due à l'obligeance de M. Pollosson.

H. R..., vingt-deux ans.

Opérée le 21 juillet 1910, on trouve une annexite bacil-

laire bilatérale. Péritoine extrêmement épaissi, adhérent. Les anses intestinales sont agglomérées, couvertes de végétations framboisiformes et de granulations. Col libre. En bas, une bride péritonéale. Devant les difficultés opératoires, la constatation d'une tuberculose péritonéale généralisée, on referme l'abdomen.

Laparotomie simple.

Novembre 1911 (lettre de la malade). — L'état général semble mauvais. L'état local paraît avoir empiré. Amaigrissement. Douleurs.

Ces différentes observations relatent des faits rencontrés rarement. Nous avons tenu à les donner ici comme de simples curiosités.

FORMES A LÉSIONS OVARIENNES PRÉDOMINANTES

A côté de ces cas où les lésions portent surtout sur la trompe et sur le péritoine, il existe des formes où l'ovaire paraît principalement atteint. Cette localisation sur l'ovaire est incomparablement plus rare que celle sur la trompe.

On rencontre dans la bibliographie un assez grand nombre d'observations où cette localisation est mentionnée. Dans leur travail de 1904, Violet et Jamin disent qu'il y avait à cette époque environ 200 cas signalés. Guillemain, qui fit, en 1894, un important mémoire sur cette question, admettait alors 13 cas où la lésion était certainement ovarienne et tuberculeuse. C'est quedans toutes les tuberculoses annexielles, quelles qu'elles soient, il existe autour de l'ovaire une réaction du péritoine, de la périovarite, sous toutes ses

formes, plastique, adhésive, fibro-caséeuse, purulente, enkystée qui simule admirablement l'ovarite, de telle sorte que souvent telle lésion qui paraît bien ovarienne est en vérité péritonéale.

La tuberculose de l'ovaire peut être primitive. Jacobs, Edmunds, Otto von Franqué en signalent quelques cas. Mais d'après Orthmann et Schottlœender aucun de ces cas ne serait authentique. Nous rapportons une observation où la localisation ovarienne paraît cliniquement primitive.

OBSERV. 83 due à l'obligeance de M. Patel.

L..., vingt-deux ans, opérée en septembre 1908. On fit une castration totale pour tuberculose ovarienne cliniquement primitive. Il fut impossible de trouver autre localisation tuberculeuse.

15 novembre 1911. — La malade a une bonne santé. Cependant elle n'a pas engraisé et le toucher réveille une légère douleur abdominale.

Hermann Wittgenstein a montré que le suc ovarien est très défavorable aux bacilles tuberculeux ; de là, pour lui, la rareté de la tuberculose ovarienne. La lésion serait donc surtout secondaire à une autre localisation, trompe, réaction, surtout péritoine. Schottlœender attribue une importance primordiale aux lésions péritonéales dans la genèse de la tuberculose ovarienne. Le péritoine infecté réagit ; il y a de la périovarite au milieu de laquelle se trouve l'ovaire sain, puis la contagion a lieu à l'organe même. La propagation a lieu par contiguïté, par voie d'adhérence. Quelquefois, dans l'ovaire, on trouve des foyers isolés qui paraissent établis par voie sanguine.

Schottlœender a pu reproduire ces lésions expérimentalement.

Les diverses voies d'infection ont été bien étudiées par Orthmann, Murphy, Cornil, qui a surtout décrit, en 1905, le processus d'invasion par périovarite.

Au cours d'une intervention, on peut rencontrer plusieurs modalités. Non seulement la tuberculose ovarienne n'est presque jamais primitive, mais elle est très rarement isolée, sans autre localisation sur l'appareil utéro-annexiel, bien que quelques cas de tuberculose isolée aient été rapportés par Oppenheim, Spaeth, Murphy, Thomson, etc.

C'est généralement au cours d'une opération motivée par une lésion atteignant tout l'appareil utéro-annexiel que l'on rencontrera une tuberculose ovarienne dominant les lésions. A côté de l'infection de la trompe, de la réaction péritonéale, l'ovaire se présente entouré d'adhérences plus ou moins serrées, lui formant une coque, l'encapsulant. Cette coque de périovarite, tantôt fibreuse, tantôt fibro-caséuse, une fois écartée, l'ovaire apparaît très souvent sain, ou bien atteint par la tuberculose.

Tantôt on a l'ovarite simple tuberculeuse, augmentation du volume, présence de granulations miliaires, isolées ou réunies, en nodules et évoluant suivant l'ordre coutumier aux lésions bacillaires, présence de petits abcès caséux ou purulents. Tantôt les lésions sont beaucoup plus étendues. Le tissu glandulaire a presque complètement disparu; il est remplacé par une poche à parois infractueuses, pleine d'un pus mal lié, quelquefois un peu hémorragique, à odeur de

choux pourris. Souvent il arrive que la trompe est également abcédée; en général, c'est un gros pyosalpinx qui se continue en dehors, englobe l'ovaire purulent, et on a en définitive une vaste poche comprenant toutes les annexes d'un côté et dans laquelle il est assez difficile de déterminer à première vue ce qui appartient à l'ovaire.

A côté de cette forme commune, rencontrée le plus souvent quand l'ovaire est tuberculisé, soit ovarite simple, soit abcès ovarien, on peut voir un autre mode d'évolution.

C'est le tuberculome de l'ovaire, dont il existe peu d'observations. Tédénat en opéra un cas, rapporté dans la thèse de Rives. Cette variété qui est connue pour d'autres organes, tel que le cæcum, était ignorée pour l'ovaire. C'est certainement un cas exceptionnel jusqu'ici. Il ne nous retiendra pas plus longtemps.

Une question qui a été bien étudiée est celle des relations qui peuvent exister entre la tuberculose et une tumeur de l'ovaire, solide ou liquide.

La tuberculisation d'une tumeur solide est rare. Glökner en a publié un cas en 1904. Depuis, nous n'en avons pas retrouvé dans la littérature et nous n'avons pas observé ce fait dans les 121 observations que nous avons recueillies.

La **tuberculisation des kystes de l'ovaire** est, au contraire, une question bien connue. Elle a fait l'objet de nombreux travaux. Signalée la première fois par Spencer Wells en 1863, elle fut l'objet de plusieurs présentations de la part de Baumgarten,

Klebs, Heiberg, Madlener. En 1894, Guillemain, reprenant la question, montre que ce sont là des cas d'infection péritonéale. Les observations se succèdent (Schottloënder, Prusmann, Pollosson), et Rémy, en 1904, fait, à Lyon, sa thèse sur les kystes de l'ovaire tuberculeux. Pollosson, en 1905, présente deux cas à la Société de Chirurgie : kystes simples, le plus souvent multiloculaires, sans aucune participation tubaire ; ils sont intra péritonéaux, très rarement intraligamentaires. Leur contenu varie depuis le liquide jaune citrin jusqu'au vrai pus crémeux ou pus avec grumeaux caséeux. La suppuration de ce contenu est assez fréquente.

Cette forme de tuberculose de l'ovaire est très rarement isolée. Elle est accompagnée d'une autre manifestation bacillaire. Dans 11 cas sur 17 cette localisation est génitale.

« Cette question offre un intérêt particulier à cause de la coïncidence des lésions tuberculeuses et néoplasiques. « Le kyste ne doit pas être regardé comme produit par l'action néoformante de la tuberculose ; il préexiste à la tuberculose et n'est infecté que plus tard » (Rémy) par propagation génitale et péritonéale, quelquefois par voie sanguine.

On a voulu reconnaître dans l'**ovaire scléro-kystique** une forme atténuée de l'infection bacillaire. Tixier, en 1905, rapporte une observation où une malade atteinte de tuberculose pleuro-pulmonaire présenta une localisation ovarienne. On fit une intervention et l'ovaire fut enlevé. Il était scléro-kystique, du volume d'une mandarine. La malade semblait guérie, quand les

mêmes phénomènes apparurent de l'autre côté. Bien que l'examen histologique n'ait pas été fait, il semble que la nature tuberculeuse de la maladie soit certaine, prouvée par les autres lésions bacillaires et par l'absence de tout passé génital.

FORMES AVEC COMPLICATIONS

La tuberculose annexielle ne reste pas toujours limitée. Elle a une tendance à l'extension qui fait qu'elle crée des complications tenant autant à la place anatomique des organes atteints qu'à la nature de l'infection.

L'**extension péritonéale** est la plus importante des complications de la tuberculose annexielle ; nous avons déjà dit que cette réaction de la séreuse était pour ainsi dire normale dans la question qui nous intéresse, que souvent c'était elle qui donnait à la maladie son allure clinique. Mais quelquefois, il arrive que cette réaction ne s'arrête pas aux limites qui sont celles des réactions péritonéales ayant leur point de départ dans l'appareil génital. Les lésions, au lieu d'aller en diminuant rapidement du bassin vers l'ombilic, sont au contraire aussi intenses à ce niveau et même au-dessus. On a une tuberculose péritonéale généralisée. Quelquefois même le processus extensif fait plus. Fernet, en 1884, a signalé dans certains cas l'envahissement progressif de la plèvre et la production de la tuberculose pleuro-péritonéale sub-aiguë ayant pour point de départ une lésion primordiale des organes génitaux. L'infection

se transmet par les lymphatiques qui furent vus, par Hégar, injectés de matières caséuses.

Cet envahissement pleural peut être isolé, comme manifestation pulmonaire ; généralement il se produit aussi une atteinte du poumon, poussée plus ou moins active de tuberculose aux sommets.

Aran avait établi la théorie du balancement entre les deux localisations tuberculeuses. Cette théorie, qui avait sur le traitement un retentissement si fâcheux, puisqu'elle condamnait à l'expectative, a été abandonnée ; il faut admettre que les deux foyers ne sont que des localisations d'une même maladie et il est bien certain que, plus grand chez un bacillaire est le nombre d'organes atteints, plus grave est le pronostic. En outre on sait combien excellent est l'effet de l'extirpation du foyer génital sur l'évolution du foyer pulmonaire. Il ne faut pas voir là un balancement entre l'état des deux organes, mais le simple effet de la suppression d'un organe malade et le relèvement de l'état général qui en résulte.

Signalons ici les complications aiguës : méningite, granulie, heureusement assez rares, dues tantôt à l'extension de la maladie, tantôt provoquées par une manœuvre d'exploration.

Une question importante dans l'étude des complications envisagées au point de vue de la thérapeutique est celle de **l'envahissement de l'utérus**.

Certains auteurs considèrent cette tuberculisation comme fatale. (Russel cité par Amann.) Selon eux, la tuberculose des annexes est rarement isolée, la muqueuse utérine étant généralement atteinte, infectée

qu'elle est, par l'issue du pus tubaire. Il est vrai que cette éventualité se réalise quelquefois, et l'on comprend toute l'importance de cette question, surtout à l'heure actuelle où il règne dans la chirurgie des annexes une grande tendance à la conservation. Cependant il faut être très prudent avant d'affirmer la participation de la matrice à l'infection. Il nous est arrivé plusieurs fois de faire examiner des utérus qui à première vue paraissaient certainement atteints ; or le plus souvent la réponse fut négative ; seule, de l'infection banale, de la réaction métritique commune étaient en jeu. Ce qui prouve d'ailleurs que bien souvent un utérus qui paraissait malade était en vérité à peu près sain, c'est le succès des opérations où il fut laissé en place. Ces malades paraissent guéries complètement. La desquamation menstruelle semble être un obstacle, à la fixation du bacille sur la muqueuse utérine. Au contraire, les grossesses et les accouchements la favorisent au plus haut point. L'infection se fait généralement au niveau de l'insertion placentaire.

La situation topographique des annexes les met en rapport avec des organes nombreux et importants. Le processus infectieux, par son extension, tuberculise ces organes et les abcès salpingiens et ovariens peuvent venir s'ouvrir dans l'intestin grêle, dans le rectum, dans la vessie. Ces communications spontanées sont rares. A peine en avons nous trouvé quelques cas.

Plus rares encore sont les ouvertures à la peau ou dans l'uretère.

Cette communication anormale peut se faire de deux

façons : elle peut être directe ; l'abcès tubaire ou ovarien venant au contact de l'organe dans lequel il s'ouvrira, étant fixé à lui par des adhérences ; l'envahissement de la paroi et sa caséification créent ensuite le trajet.

Elle peut être indirecte ; l'abcès tubaire ou ovarien s'ouvrant d'abord dans le péritoine, qui a plus ou moins réagi, et la vessie ou le rectum s'ouvrant d'autre part également dans le péritoine.

Les relations de la tuberculose annexielle avec l'**intestin**, l'envahissement de ce dernier, la formation de fistules plus ou moins haut situées sont bien connus. L'entérite tuberculeuse est souvent le résultat d'une lésion annexielle avec envahissement péritonéal et nombreuses sont les malades, dans l'observation desquelles on trouve mentionnés des symptômes d'entérite. Cette atteinte se fait cependant très tard et, dans la plus grande partie des cas, ce n'est qu'à une période très avancée de la maladie, qu'elle vient accélérer l'évolution.

L'ouverture anormale des abcès annexiels se fait surtout dans le rectum. Elle a été bien étudiée par Tomson, Chaufon, Weinberg et Arnal.

Les complications urinaires sont de deux sortes : envahissement de l'arbre urinaire et fistules urétérales ou vésicales.

Pour Simmonds, la cystite se verrait dans 11 p. 100 des cas et Saxtorph prétend que la tuberculose urinaire est souvent consécutive à une tuberculose annexielle par simple propagation de voisinage. Cuturi montre que des bacilles de Koch injectés dans la trompe donnent des salpingites bientôt compliquées de cystite. Violet et Chalier, sans nier la valeur des idées de

Saxtorph, inclinent cependant vers la théorie classique de l'origine rénale de la cystite.

L'ouverture spontanée dans la **vessie** d'abcès annexiels est actuellement bien connue ; mais elle est extrêmement rare. Jamais mentionnée dans les différents ouvrages traitant des suppurations pelviennes, cette complication est à peine signalée dans les thèses de Beuvignon et Cazeneuve. Gras, qui réunit dans sa thèse quatre-vingts cas de suppurations pelviennes ouvertes dans la vessie, n'en signale aucune de nature tuberculeuse.

A Lyon, dans la clinique de M. Pollosson, cette question fut l'objet d'un travail de Violet et Chalier qui en publient trois observations et de la thèse de Volle. Malheureusement, il est souvent extrêmement difficile de bien établir si cette communication anormale est le fait de l'acte opératoire ou bien si elle est le résultat de l'extension bacillaire. Terrillon fait de l'intermittence de la pyurie, due aux oblitérations spontanées de l'orifice tubo-vésical, un signe caractéristique des fistules vésicales d'origine tubaire. Il n'y a généralement ni cystite, ni phénomènes aigus.

Lucy a signalé un cas d'ouverture dans l'**uretère** ; Violet et Cotte, d'ouverture à la **peau**. Dans ce cas, ce sont généralement des fistules tubo-cutanées, ayant tous les caractères des trajets tuberculeux.

Muscatello, cité par Cotte, rapporte le fait d'une hernie inguinale dont le contenu était un foyer pyosalpinx tuberculeux.

Nous ne traiterons pas ici des fistules post-opératoires. Nous n'envisagerons dans ce chapitre que les fistules

spontanées. Quand nous parlerons du traitement des complications, nous envisagerons alors les fistules survenant après les interventions.

Complications génitales. — Nous n'insisterons pas ici sur les rapports de la tuberculose et de la grossesse. Cependant, nous dirons simplement que la grossesse est grave chez une femme qui présente des lésions annexielles en évolution. En outre, elle peut réveiller des processus éteints et redonner un coup de fouet à une bacillose ou bien atténuée, ou bien à peu près guérie. L'accouchement est également grave, à cause des suites de couches, qui sont presque toujours mauvaises, avec une grosse réaction pelvipéritonéale, dont l'intensité est parfois telle qu'on la confond avec une infection banale puerpérale.

Mais en dehors de ce retentissement bien connu de la tuberculose sur l'état des femmes enceintes, la localisation sur les annexes expose à une complication de la plus haute importance : la grossesse tubaire.

Le rôle étiologique de la tuberculose dans l'étiologie de la grossesse extra-utérine est connu depuis longtemps. Martin pense que la constatation de la grossesse ectopique doit porter l'esprit vers la recherche d'une tuberculose annexielle. Taylor vient de signaler trois cas de grossesse extra-utérine où les trompes étaient tuberculeuses.

Parmi nos observations, nous avons rencontré un cas où la coexistence existait d'une tuberculose annexielle et d'une grossesse tubaire.

OBSERV. 47.

Marthe M..., trente-quatre ans, entre le 12 septembre 1908. A eu trois accouchements normaux; règles normales, mais peu abondantes. Début de la maladie au commencement du mois d'août par une douleur abdominale subite occupant le bas-ventre, sans irradiation. Pendant huit jours, suintement sanguin léger, puis des métrorragies assez abondantes durant encore à l'entrée à l'hôpital.

Le repos calme les douleurs, mais les pertes persistent. A l'entrée, la malade est pâle, amaigrie.

15 septembre 1908. — Intervention : on trouve une grossesse tubaire droite et une annexe gauche très volumineuse. Utérus lourd et gros. On fait une hystérectomie subtotala avec drainage abdomino-vaginal.

1^{er} octobre. — Départ. La malade est rétablie. La trompe gauche, examinée par M. Paviot, était tuberculeuse.

16 novembre 1911. — Revue à la fin de 1911, la malade est dans un état peu satisfaisant. Elle paraît guérie de ses lésions pelviennes, mais elle fait de la tuberculose pulmonaire.

La présence de *lésions surajoutées* peut tenir soit à une infection d'un autre genre, soit à la coexistence de la tuberculose et d'une autre lésion, mais avec indépendance. Il est fréquent de voir des infections banales exister avec des lésions bacillaires. La blennorragie, les infections polybacillaires atteignent aussi bien les annexes déjà tuberculisées que les annexes saines, mieux même ; on peut dire que les différentes infections préparent le terrain pour l'éclosion plus facile des autres maladies.

Violet et Jamin insistent sur l'évolution par poussées,

avec état stationnaire ou du moins sans grande tendance à l'extension des lésions. Ils rapportent le cas de Werth où il fut constaté que celles-ci étaient restées stationnaires pendant deux ans et demi. A côté de ces poussées qui sont normales, qui donnent à la tuberculose annexielle un de ses caractères cliniques, il survient assez souvent des accès chauds, se traduisant par des symptômes qui peuvent facilement donner le change et en imposer pour des appendicites, des péritonites à pneumocoques. Bien différencier ce qui appartient à la tuberculose et à l'infection surajoutée est d'une grande difficulté. Il faut surtout accorder une grande importance à l'état général, bien étudier la température, remarquer les dissociations de symptômes, qui sont si caractéristiques de la tuberculose. Le chirurgien doit bien connaître ses états aigus. Il n'interviendra que poussé par la question vitale, ne fera que les opérations d'urgence et parant aux accidents immédiats. Il réservera pour un temps de repos la cure de la bacillose (Tixier, *la Clinique*, 16 août 1907).

En feuilletant les observations, on remarque que la présence, chez une même malade, de lésions de l'appareil annexiel et utérin de diverses natures n'est pas rare.

Nous avons remarqué plusieurs cas de kyste de l'ovaire et de pyosalpinx tuberculeux. La lésion tuberculeuse était restée cantonnée et le kyste de l'ovaire n'avait aucun caractère macroscopique et histologique qui permette d'affirmer une tuberculisatation.

La coexistence de la tuberculose et d'une tumeur maligne ovarienne ou utérine ne fait qu'assombrir le pronostic.

Nous avons observé une malade, chez qui il existait un abcès froid bilatéral des trompes et un fibrome du volume d'une tête fœtale. Alors que les lésions tubaires présentaient une forme atténuée de bacillose, celle-ci évoluait plus activement en tuberculisant le fibrôme qui présentait une grosse caverne où on reconnut tous les éléments microscopiques permettant d'affirmer la nature de la maladie. Cette malade mourut plusieurs mois après avoir été opérée.

CHAPITRE II

LES MÉTHODES DU TRAITEMENT

Nous étudierons rapidement le traitement médical, puis le traitement chirurgical avec les deux voies d'abord, voie vaginale et voie abdominale, et nous ne ferons qu'indiquer les différentes opérations qui sont pratiquées dans la tuberculose annexielle.

TRAITEMENT MÉDICAL

Y a-t-il des formes de tuberculose annexielle qui puissent guérir par un traitement non chirurgical.

Brouardel, déjà en 1865, proclamait curables certaines formes de la maladie. Il recommande le repos, les cataplasmes, la prudence dans les examens médicaux et une grande patience. Ces moyens suffisent à arrêter l'acuité de l'invasion du mal.

Dans l'intervalle des poussées, le médecin pourra et devra agir par des toniques, des médications antiscrofuleuses, l'huile de foie de morue, les préparations ferrugineuses, l'arsenic. On peut trouver aussi de puissants adjuvants thérapeutiques dans les moyens d'action externes : bains sulfureux, douches froides, enveloppement de draps mouillés.

Les eaux minérales, surtout celles des Pyrénées, les bains diurnes peuvent aussi être très utiles.

Telles sont les règles, qu'au milieu du dernier siècle donnait Brouardel.

Depuis, le traitement chirurgical prit un tel développement que les méthodes médicales passèrent au deuxième plan.

Cependant au Congrès de Rome, en 1902, à côté de la plaidoirie de Faure en faveur du traitement chirurgical, Amann énonça toute une thérapeutique, à la fois curative et prophylactique. Il recommande le séjour au grand air, au soleil, les soins de la peau, l'exercice musculaire et une nourriture saine. Il rejette toute sorte d'alcool et accorde une grande importance au traitement des accidents bacillaires des autres organes : bronchites, entérites, etc., etc. On pourra également avoir recours à de petites doses d'arsenic.

« Une attention toute particulière doit être vouée à
« l'époque de la puberté, car c'est à ce moment de
« surmenage intellectuel que sont commises, dans les
« écoles, les fautes d'hygiène les plus graves. La mas-
« turbation joue également un rôle dans cette période
« de la vie.

« Il faut essayer de guérir les autres foyers tubercu-
« leux : poumons, ganglions, par le séjour dans les
« sanatoriums, à la campagne, dans le Midi. Il faut
« surveiller les facteurs prédisposant à la localisation
« de la tuberculose au niveau de l'appareil génital, tel
« que l'infection blennorragique, l'état puerpéral ; en
« outre il faudra agir contre les états congestifs chro-
« niques des organes génitaux favorisés par les dévia-

« tions de l'utérus, le coït incomplet, la masturbation. »

Ces paroles d'Amann résument le traitement médical. Le repos doit être la clef de voûte du traitement, aidé par le séjour au grand air et une nourriture saine et fortifiante. Cette question de la nourriture est importante. Peut-être explique-t-elle en partie la fréquence de la tuberculose annexielle parmi les femmes de la campagne.

Ces dernières années, deux nouveaux procédés de traitement de la tuberculose en général ont fait leur apparition ; ce sont : les tuberculines et de l'héliothérapie.

Nous n'avons trouvé à Lyon aucune observation de malade traitée par l'injection de tuberculine.

Nous rappellerons simplement le travail de Eisenstein et J. Hallos, paru en 1908, et le mémoire de G. Cotte. Le traitement, dans les 118 cas de Hallos, était dirigé surtout contre des troubles de la menstruation, mais les auteurs ajoutent que, parmi ces malades, plusieurs avaient les lésions très nettes d'annexite tuberculeuse. Selon eux, la tuberculine donnerait des résultats parfaits, à condition d'employer une tuberculine appropriée.

Les cures étonnantes rapportées dans les journaux scientifiques et dues à l'héliothérapie, entraînèrent bien vite les médecins vers ce mode de traitement. L'union du climat d'altitude et de l'héliothérapie qui en est la forme parfaite a eu raison des tuberculoses qui étaient du domaine de la chirurgie. Les succès retentissants et la vue des malades ont suscité, dans

l'esprit de ceux qui sont allés voir, un tel enthousiasme, qu'il semble qu'une ère nouvelle s'ouvre pour la tuberculose.

Nous avons trouvé deux observations de malades qui furent traitées par l'héliothérapie. Elles furent améliorées.

Ce traitement sera institué en même temps que le traitement général de la tuberculose. Les succès rapportés dans la thèse d'Armand, les communications de MM. Gaulier et Chatier sur l'action du soleil dans la péritonite tuberculeuse, permettent d'espérer beaucoup. Mais à l'heure actuelle il nous paraîtrait aventureux de confier aux seules forces naturelles la cure d'une tuberculose annexielle.

Le traitement par les méthodes médicales doit toujours être institué. Il doit être continué un temps assez long pour que son inefficacité soit certaine, quand elle existe. A partir de ce moment, il ne faut plus s'attarder et on doit opérer dès que faire se peut.

Il faut, comme nous l'avons dit, instituer le traitement général de la tuberculose. Il faut aussi soigner l'état local. Et là, il faut être très prudent, s'abstenir d'examens trop répétés, éviter les manœuvres violentes d'exploration et se souvenir que les malades supportent très difficilement les tampons. Le traitement local doit se borner à des injections peu fréquentes et chaudes, à des ovules glycélinés.

On n'établira un traitement local plus sérieux que s'il y a des lésions surajoutées, mais dès qu'elles auront cédé à la columnisation, aux injections et aux lavements chauds, on reviendra à la méthode ordinaire,

qui peut se résumer ainsi : ne pas traumatiser, irriter les annexes par des manœuvres vaginales.

Il est hors de doute que le traitement médical peut donner des succès. Nous en publierons plusieurs observations. Le traitement a été sévère, il fut suivi régulièrement et très longtemps, mais alors le médecin se heurte à de grandes difficultés. Les méthodes médicales sont sous la dépendance de l'état social. Le repos, la bonne nourriture, le soleil, les changements de climat, et tout cela pendant très longtemps, constituent un traitement qui demande une condition essentielle : la fortune. La thérapeutique des annexites est une question de milieu social. Aussi, quand les conditions requises ne seront pas réunies, il vaut mieux s'adresser au traitement chirurgical, qui, dans la majorité des cas, donnera des résultats durables et excellents, et cela avec d'autant plus de probabilités qu'on l'instituera plus tôt.

LES MÉTHODES CHIRURGICALES

Voie vaginale.

La voie vaginale eut, un temps, une vogue bien méritée et qui tirait sa justification à la fois des avantages qu'elle présente, de sa facilité relative, et surtout de la gravité de la laparotomie. Cette voie d'abord des lésions annexielles n'est pas spéciale à la tuberculose et on peut même dire qu'elle lui est complètement étrangère. En effet, les opérations vaginales se sont adressées à des lésions annexielles banales, très bien

connues, alors que la bacillose était encore considérée comme une rareté clinique. Mais les lésions qu'elle produit sont bien celles qui devaient tenter le chirurgien : abcès du Douglas bombant dans le vagin, grosses collections tubaires, abcès ovariens, quelquefois lésions à microbes multiples, abcès chauds, abcès froids, toutes les formes anatomiques pouvaient bénéficier de la voie vaginale. Son innocuité si grande dans des mains exercées, la qualité des résultats firent qu'elle eut d'ardents défenseurs et qu'il fallait toute la logique de la laparotomie pour que celle-ci triomphe et que la voie vaginale passe au second plan, comme voie d'exception ou de préparation à une opération par voie haute. La simple incision vaginale peut agir sur la péritonite tuberculeuse, comme l'a montré Daclin. Généralement, ce n'est pas à l'ascite que l'on s'attaque par cette voie. La colpotomie, à qui Laroyenne avait donné tant d'éclat, s'attaque aux abcès du Douglas. Il faut cependant convenir que si elle donne de merveilleux résultats dans les abcès annexiels d'origine banale, elle a, en matière de tuberculose, beaucoup moins d'indications. Elle peut être, à elle seule, un mode de traitement, ou bien être le premier temps d'une intervention plus complète. Nos observations les plus anciennes, celles de 1901 à 1904, contiennent plusieurs cas où furent pratiquées les différentes opérations sur les organes génitaux internes : ablation d'annexes, hystérectomie totale. Nous verrons, par la suite, que les résultats *quoad vitam* étaient bons, mais cette méthode exposait à des accidents graves, à des suppurations interminables, et surtout à des opérations

multiples. La voie vaginale perd chaque jour du terrain. Elle cède le pas à la laparotomie.

Voie abdominale.

La gynécologie presque entière doit son grand développement, la connaissance plus complète des lésions, les résultats si parfaits obtenus, à l'extension qu'a prise en chirurgie du bassin la voie abdominale, ou voie haute. Comme toutes les opérations de progrès, la voie haute s'imposa peu à peu pour devenir actuellement la voie presque unique. Elle donne un jour parfait sur les lésions, elle permet d'enlever les organes malades, elle donne accès sur la cavité abdominale tout entière. En matière de tuberculose, elle est curative.

Nous étudierons successivement :

L'incision ;

La laparotomie simple ;

La laparotomie suivie d'opération conservatrice ;

La laparotomie suivie de castration avec hystérectomie totale ou subtotale.

Incision de la paroi abdominale

Deux modes d'incision se partagent actuellement la faveur des chirurgiens. Nous laisserons de côté l'incision de Rafin-Kuster et celle de Bardenheuer pour ne retenir que l'incision médiane longitudinale et le procédé de Pfannenstiel.

Depuis que Pfannenstiel a décrit sa méthode, en a donné le manuel opératoire, les indications et contre-indications, et surtout en a fait connaître les résultats

appuyés sur un nombre très considérable de cas, cette incision a joui, à l'étranger et aussi en France, de la plus grande faveur. Ses avantages sont de premier ordre : le jour qu'elle donne est la plupart du temps suffisant, elle protège mieux contre l'envahissement du champ opératoire par les anses intestinales retenues par le couvercle pariétal et surtout elle est, qu'on nous pardonne cette expression, prophylactique de l'éventration. Il n'est pas jusqu'à son caractère esthétique qui n'ait son importance, puisque, dans la grande majorité des cas, on a affaire à des femmes jeunes.

Cependant, cette manière d'ouvrir la paroi abdominale, que beaucoup adoptent et à laquelle les autres n'accordent pas de supériorité réelle, jouit auprès de la majorité des chirurgiens que nous avons interrogés d'une défaveur absolue en matière de tuberculose annexielle.

C'est que ce procédé, à côté des avantages que nous avons signalés plus haut, présente des inconvénients dont on a peut-être exagéré l'importance. On a reproché au Pfannenstiël d'exiger un temps plus long à la fois comme ouverture et comme fermeture de la paroi abdominale. En plus, il donne moins de jour en hauteur du côté de l'ombilic, et il n'est pas susceptible d'être agrandi suivant les lésions de l'intervention. Ce sont là des reproches qui ne nous arrêteront guère. En effet, à l'heure présente, il est de peu d'importance, dans l'immense majorité des cas, que l'incision dure quelques minutes de plus. Le second reproche n'a, à notre avis, pas de valeur plus grande. La tuberculose annexielle est une maladie du petit bassin, par conséquent de la région pour laquelle Pfannenstiël invente

son procédé. Elle ne reste pas localisée au petit bassin, mais l'étude des observations nous montre que le chirurgien doit autant qu'il peut ne pas dépasser la limite de la cavité pelvienne. Les interventions qui obligent l'opérateur à quitter le bassin pour travailler dans le grand ventre sont très dangereuses et les morts opératoires qui n'ont pas pour cause une hémorragie, sont dues à une péritonite et se sont produites chez les malades où l'on s'est aventuré hors du petit bassin et où la cure de la lésion génitale s'est compliquée de manœuvres intestinales haut situées et, à notre avis, toujours dangereuses.

On a fait au Pfannenstiel deux autres reproches plus graves. Le premier est de rendre un drainage abdominal difficile, le second, de favoriser; dans une très grande mesure, les suppurations et les inoculations pariétales tuberculeuses. Le premier de ces reproches est fondé. En effet, un drainage est plus facile à établir, il est peut-être plus efficace dans l'incision longitudinale.

Cependant le drainage voit chaque jour ses indications diminuer et, quand il est nécessaire de le pratiquer, ce sont précisément les cas où est contre-indiquée l'incision de Pfannenstiel, nous voulons dire le cas de grosses lésions et des suppurations très étendues.

Le deuxième reproche, de favoriser la suppuration, est véritablement le seul que l'on puisse faire. Il est, sans contredit, que ce procédé, par sa méthode même, les grands décollements qui l'accompagnent, la facilité d'infecter le tissu cellulaire et de déposer là des germes

d'une tuberculisation pariétale, expose à un séjour plus grand à l'hôpital. Et de fait, le Pfannenstiel pour tuberculose annexielle suppure presque toujours et longtemps, incomparablement plus longtemps que les incisions longitudinales. Dans nombre de cas, nous avons rencontré des femmes qui, deux ou trois semaines après l'intervention, devaient encore se faire panser presque chaque jour. Quelques cas durèrent plusieurs mois. Ces longues suppurations sont extrêmement nuisibles à l'état général de malades souvent très affaiblies par leur affection et chez qui le séjour à l'hôpital le plus court, est le meilleur. Cependant, ce grave grief comporte avec lui sa défense. Les parois incisées suivant la méthode de Pfannenstiel ont beau suppuré plus ou moins longtemps, elles ne sont jamais le siège d'éventration. Nous n'avons rencontré qu'une malade chez qui cette complication apparut et cela après une suppuration interminable.

Deux propositions peuvent résumer le procédé de Pfannenstiel :

Un inconvénient : la suppuration pariétale.

Un avantage de premier ordre : l'absence d'éventration.

Cette absence d'éventration dans le Pfannenstiel est tout à fait remarquable et il semble qu'on pourrait faire une arme en faveur de cette incision d'une des contre-indications données par Pfannenstiel lui-même : les suppurations pelviennes étendues et où il est infiniment probable que l'on aura une inoculation de la paroi. Ne pourrait-on passoutenir que le Pfannenstiel est d'autant plus indiqué que la suppuration est plus probable, car

on a aussi une quasi certitude d'éviter une éventration.

L'incision longitudinale est tellement connue que nous n'en parlerons que brièvement. Elle a, elle aussi, ses avantages et ses inconvénients. Elle est plus facile, plus rapide à exécuter. Elle donne davantage de jour en hauteur et peut être agrandie avec la plus grande facilité ; enfin elle permet un établissement mieux compris d'un drainage.

Ce sont là avantages qui ne ferment pas la discussion.

Elle a ses inconvénients que l'on a, nous le croyons, comme pour le Pfannenstiel, exagérés. Le premier est que cette méthode d'incision permet, elle aussi, l'infection facile des parois ; cette infection est moins grave, elle dure moins longtemps que celles qui se produisent dans le Pfannenstiel, mais elle amorce la plus grave par ses complications, celle que l'on a toujours reprochée à la longitudinale : l'éventration.

Cette éventualité est moins à craindre actuellement. L'infection se produit plus rarement. On protège mieux les parois. Les compresses sont mieux utilisées ; l'invention d'instruments particuliers, l'usage des gants de fil et de caoutchouc mettent relativement à l'abri de ces contaminations.

La reconstitution soignée des différentes places, la juxtaposition exacte des surfaces d'incision, adossement parfait du péritoine, séreuse contre séreuse sans bourrelet graisseux, le rapprochement des muscles, l'emploi de fils séparés ou de surjets fixés, et enfin la méthode que nous avons vue employée de tout changer pour la fermeture : gants, instruments, catgut, font que cette

incision est bien souvent à l'abri de la suppuration et de sa complication, l'événtration. D'un autre côté, ces mêmes soins pris pour le Pfannenstiel diminuent dans d'énormes proportions les cas où se produit la suppuration.

Coryllos qui vient d'étudier le procédé de Pfannenstiel donne comme chiffres pour l'événtration :

Hernie après réunion <i>per</i>	{	Transversale .	0 0/0
<i>primam</i>	{	Longitudinale.	8,9 0/0
Hernie après réunion <i>per</i>	{	Transversale .	8,9 0/0
<i>secundam</i>	{	Longitudinale.	31 0/0

Cette statistique est nettement favorable à l'incision transversale. Nous n'avons pas pu faire une statistique personnelle. Elle eut porté sur un nombre trop infime de cas pour signifier quelque chose. Mais, Pfannenstiel donne une statistique où, après la réunion par seconde intention, les hernies sont en proportion de 8,9 pour 100 parmi lesquelles 40 pour 100 sont des cas de tuberculose annexielle. On n'a pas fait le pourcentage de ce qui revient à cette maladie, dans les 31 pour 100 des longitudinales. Tout porte à croire que cette proportion doit être sensiblement plus élevée.

Trois propositions résument la longitudinale :

Facilité plus grande à explorer toute la cavité abdominale. Tendance moins marquée à la suppuration et durée moindre de celle-ci.

Un inconvénient grave : fréquence plus marquée de l'événtration. Que faut-il conclure de cette comparaison ? Faut-il opter pour l'une ou l'autre méthode ? Non, il faut être éclectique. Chaque méthode tire ses indi-

cations des contre-indications de l'autre. Pfannenstiel, lui-même, donne les contre-indications de son procédé : les lésions qui dépassent l'ombilic, les suppurations pelviennes étendues et les annexites que l'on suppose compliquées de nombreuses adhérences intestinales. Quelle que soit la nature de la maladie, ce sont, il faut l'avouer, au moins pour les deux dernières, des contre-indications qui s'adaptent nettement à la tuberculose annexielle avec extension péritonéale. Mais si l'on a affaire à un abcès froid tubaire, nettement diagnostiqué, à une salpingite nodulaire, en un mot à des lésions nettement limitées, circonscrites au petit bassin, pourquoi ne pas faire le Pfannenstiel qui met à l'abri de l'éventration et surtout contre lequel on n'a aucun grief sérieux à opposer. En effet, condamner ce procédé dans la tuberculose annexielle, c'est forcément le condamner dans toutes les annexites, qui s'accompagnent, comme la bacillose, d'adhérences, de suppuration, nous voulons dire dans les limites que Pfannenstiel accorde comme indications de sa méthode.

Quand on prévoit, au contraire, les formes de tuberculose annexielle avec extension péritonéale très étendue, les formes de volumineux pyosalpinx, les kystes de l'ovaire tuberculeux, la coexistence d'une volumineuse tumeur utérine et de pyosalpinx, la longitudinale reprend tous ses droits. Elle facilite alors énormément l'opération, et présente un grand avantage.

Si nous nous plaçons au seul point de vue clinique nous voyons aussi que le Pfannenstiel a droit de cité dans la tuberculose. Rien en effet ne met à l'abri de la suppuration de la par..., pas plus dans les longitudinales que

dans les transversales. En outre, si l'on pense que la nature de la lésion est une contre-indication de l'incision de Pfannenstiel, on conviendra que les cas où elle sera rejetée seront rares, car chacun sait combien il est difficile actuellement de porter un diagnostic ferme de tuberculose annexielle.

Les deux incisions ont leurs avantages et leurs inconvénients. Les avantages de l'une sont par un heureux hasard les inconvénients de l'autre, et toutes deux s'appliquent à des cas cliniques différents. C'est au chirurgien de choisir et d'adapter à chaque cas l'incision la meilleure en se basant sur l'étude préopératoire des symptômes.

Opérations abdominales.

Les opérations par la voie abdominale peuvent être divisées en deux classes : celles dites conservatrices et les opérations radicales, celles-ci comprenant l'hystérectomie totale et subtotale. Nous ne parlerons pas ici de la laparotomie simple comme traitement de la tuberculose annexielle. Elle ne présente rien de particulier.

Les opérations conservatrices sont celles qui ont pour but de sauvegarder la fonction tout en remplissant un but thérapeutique complet.

Pendant longtemps elles furent l'exception. Un dogme régnait : la tuberculose devait être extirpée largement, les opérations radicales étaient les seules à conseiller, comme seules capables de donner des succès durables. A cette théorie de l'exérèse radicale,

défendue par Hégar, Faure, Guillemain, Pozzi, Doderlein, Pollosson, Tixier, Honnann, Albertin, Lenormant, fut opposée la thèse conservatrice, défendue par Thomson, Baisch, Rives, Tédénat, etc. Cette thèse se base sur ce fait que la tuberculose annexielle est curable comme les autres formes de tuberculose (Veit); que la tendance à la cicatrisation ou le passage à une forme atténuée se voit assez souvent et enfin que l'unilatéralité est loin d'être rare. Elle se fie aussi à la puissance curative de la nature. Son but est de garder la fonction en ne sacrifiant que les organes dont le retour à un état physiologique est impossible. Cette théorie, féconde dans les annexites ordinaires, n'est peut-être pas aussi fondée pour la tuberculose.

Les opérations faites dans ce but s'adressent à tous les organes génitaux. Suivant que les lésions seront uni- ou bilatérales et limitées aux trompes, on fera des salpingectomies uni- ou bilatérales. Si les ovaires sont atteints également, on pourra faire l'ablation bilatérale des annexes avec conservation de l'utérus, ou bien la simple ovariectomie.

Un double but est à atteindre : conserver la menstruation et permettre la fécondation. Il ne faut pas trop se leurrer sur le second but. Si, dans les annexites chroniques, la fécondation après opérations conservatrices est relativement fréquente, quand il s'agit de tuberculose, il en est tout autrement. D'autre part, Baisch a montré que les résultats étaient presque constamment mauvais, quand on abandonnait les trompes. Conserver la menstruation est chose facile et nombreuses sont les

observations où la fonction était régulière après l'intervention où furent respectés ovaires et utérus.

Toutes les fois que cette conduite sera possible et que l'étude attentive des lésions autorisera à agir dans ce sens, nous croyons qu'il n'y a pas d'inconvénient à le faire.

Certains auteurs, pour sauvegarder la sécrétion interne de l'ovaire, ont proposé des résections de cet organe et aussi la conservation du seul ovaire, alors que tout l'appareil génital était enlevé. Nous examinerons plus loin les résultats que donnèrent ces différentes opérations. Cependant, il est une règle de conduite qu'il faut. croyons-nous, toujours suivre. Il faut même, dans les opérations conservatrices, être radical ; nous voulons dire par là que, lorsqu'on s'attaque à un organe, trompe ou ovaire, il faut l'extirper entièrement. Dans les annexites chroniques, on peut laisser les moignons d'organes, on peut faire des opérations telles que la salpingostomie, ou la ponction des kystes de l'ovaire. En tuberculose, il n'en est pas ainsi. Laisser une partie de l'organe, c'est s'exposer à une récurrence, et surtout c'est s'exposer à la création d'une fistule qui pourra nécessiter une intervention. Les ovaires seront enlevés en totalité. Pour les trompes, il faudra, autant que possible, réséquer leur trajet intra-utérin.

Les **opérations radicales** sont celles par lesquelles tout l'appareil génital est enlevé. Elles se résument en deux procédés : l'hystérectomie totale et subtotale.

Nous n'entrerons pas ici dans la discussion sur ces deux procédés. Il nous semble cependant que, par l'étude des observations, on n'arrive pas à formuler de règles

précises. L'hystérectomie subtotale, défendu par Faure, Albertin, permet une rapidité plus grande dans l'intervention. Elle facilite l'hémostase, elle est plus facile à exécuter. Aussi bien que l'hystérectomie totale, elle permet l'emploi judicieux de tous les procédés d'hystérectomie véritablement utiles pour enlever les annexes. Elle a contre elle plusieurs objections : elle ne donne pas un drainage naturel, elle expose à la rétention et à l'infection, elle laisse subsister un moignon utérin qui peut être le siège d'une affection quelconque et nécessiter une intervention.

Si on fait une hystérectomie subtotale, le drainage pourra être institué par le vagin, ou bien en fendant la lèvre postérieure et le cul-de-sac de Douglas, ou bien en augmentant le diamètre du canal cervical. Ces procédés sont bons. Mais quand drainer est nécessaire, ne vaut-il pas mieux faire une totale ? Souvent, on sera amené à faire une colpotomie secondaire, dans les cas non drainés. Contre l'objection s'appuyant sur la persistance d'un moignon et les complications dont il peut être le siège, les partisans de la subtotale déclarent que ce moignon est réduit à un volume très petit par l'emploi de l'hystérectomie sus-vaginale, qu'il est très rare que ce moignon soit le siège d'un cancer ou d'une métrite inguérissable, que les pertes blanches sont dues à la vaginite. Il nous semble que l'hystérectomie subtotale doit être réservée au cas où l'infection tuberculeuse est bien localisée, que sa virulence paraît atténuée. Enfin, il est nécessaire qu'il n'y ait pas de lésions utérines tuberculeuses.

L'hystérectomie totale est, actuellement, la plus

employée. Elle n'est pas beaucoup plus longue, elle donne une grande sécurité opératoire, elle permet un drainage facile à mettre en place et très efficace, enfin et surtout, elle est véritablement radicale.

C'est, dans la grande majorité des cas, l'opération de choix.

Soins complémentaires. — Le Drainage.

Les soins complémentaires qui terminent l'opération ne présentent rien de particulier quand l'étiologie tuberculeuse est en cause.

Ici, comme dans le traitement des annexites banales, nous retrouvons les mêmes indications du drainage et du mode qu'il vaut le mieux employer.

Il faut convenir cependant que, depuis l'orientation nouvelle donnée au traitement des péritonites, les indications du drainage ont beaucoup diminué d'importance. Si nous nous reportons au début de la période où commencent nos observations, de 1900 à 1905, nous voyons que la majorité des annexites tuberculeuses opérées étaient drainées, même si l'opération était conservatrice. Les résultats étaient bons.

Après cette époque, nous voyons que la question se modifie. D'une part, se font les opérations dites conservatrices qui s'adressent à des lésions en général peu étendues, unilatérales ou bilatérales tubaires à virulence atténuée. Ces opérations, dans l'immense majorité des cas, ne sont pas complétées par un drainage, d'utilité très minime.

Le drainage, dans les opérations radicales, a suivi les progrès de la technique chirurgicale gynécologique.

Le résultat est le drainage sous-péritonéal par la voie vaginale. Le but que l'on doit se proposer est une péritonisation basse, aussi complète et soignée que possible ; en un mot, réduire au minimum l'espace vide créé par l'ablation des annexes et de l'utérus. Si cela est impossible, on fera une péritonisation plus élevée, soit en s'aidant du péritoine de la face antérieure du rectum ; ou très haute avec l'S iliaque. Le principe est d'isoler le petit bassin de la grande cavité péritonéale. Les adhérences des annexes avec les parois du bassin nécessitent des décollements parfois assez étendus, créant des surfaces cruentées impossibles à recouvrir directement de péritoine. La péritonisation haute remplit cependant ce but par l'exclusion du petit bassin. Quel que soit le mode de péritonisation, ces surfaces cruentées suintent ou même donnent un peu de sang, milieu extrêmement favorable à une pullulation microbienne. Le drainage sous-péritonéal vaginal permet l'écoulement de ces liquides. Si on a fait une subtotalité, on aura recours aux différents procédés cités plus haut, transcervical, cervico-douglassien. On emploiera deux mèches et un drain central, et on laissera le tout jusqu'à une élévation de température, mais sans jamais dépasser quatre jours. On pourra tirer un peu les mèches, si elles créent une rétention d'urine par compression. Le trajet ainsi formé par ce drainage se fermera très vite ; il n'a pas les inconvénients et la lenteur d'une colpotomie, il ne se fistulise que très rarement ; en effet, la lésion importante est enlevée, elle ne déverse plus les sécrétions qui pouvaient rendre une fistule intarissable.

Il faut éviter la fermeture trop rapide de l'orifice formé par la désinsertion du col, ou l'incision du cul-de-sac de Douglas. Pour cela, on maintiendra l'extrémité d'une petite mèche, ou mieux encore, chaque matin, on dilatera légèrement cet orifice avec l'index. Il importe en effet que les lésions se détergent bien, et qu'il ne se produise aucune rétention.

Ce procédé nous semble parfait. Il rallie tous les chirurgiens, car il ne présente aucun inconvénient et assure une grande sécurité par ces qualités de drainage et d'hémostase.

Le drainage abdominal se fait de plus en plus rarement. Il expose à la tuberculisation de la paroi, aux suppurations interminables et à l'éventration qui en est le résultat. Très fréquemment employé autrefois, il est aujourd'hui réservé pour les cas graves, où il est impossible de trouver ce qui est nécessaire pour une péritonisation et où les décollements furent tels qu'il devient nécessaire d'éviter le contact avec les anses intestinales, et d'assurer une issue aux suintements. Pour être très efficace, ce drainage abdominal devra être combiné au drainage vaginal, en outre, il devra être assez considérable, fait à la façon de Mickulicz. Il aura souvent des inconvénients, accidents de paroi, fistules intestinales, douleurs pendant les pansements, mais la sécurité qu'il donne est grande, témoin des décorifications qui eurent une terminaison heureuse, grâce à lui.

OBSERV. 35.

M... R..., vingt-trois ans, opérée le 7 juin 1911. Gros abcès froid de l'ovaire. Périovarite et pèrisalpingite intense. Ablation bilatérale des annexes. Grosses lésions de péritonite. Adhérences multiples.

Il reste contre le sinus recto-pelvien droit un magma caséeux représentant l'envahissement de la paroi postérieure par les lésions ovariennes. On fait un curetage léger qui n'enlève pas tout.

Comme il est impossible de péritoniser à cause des adhérences multiples entre l'intestin et l'épiploon, on fait un drainage abdomino-vaginal avec mèche et drain. L'orifice abdominal se ferme très vite. L'orifice vaginal dure longtemps à cause d'une suppuration profonde. Insolation pendant un mois. Guérison rapide.

11 novembre 1921. — Guérison complète. A engraissé de 14 kilogrammes. Pas d'éventration.

Cette observation, qui a trait à une forme ovarienne, c'est-à-dire grave, avec grosse lésion de péritonite tuberculeuse, montre l'efficacité du drainage, quand la péritonisation est impossible. Elle montre aussi la nécessité de bien enlever la totalité d'un organe atteint; la durée très longue de la suppuration et de l'écoulement par le vagin est certainement due aux débris de la poche ovarienne laissée contre la paroi pelvienne. Enlever ces débris était véritablement impossible.

Parmi les observations que nous avons recueillies, nous en trouvons quatorze où fut institué un drainage abdominal ou abdomino-vaginal.

Deux de ces malades eurent une mort opératoire. Chez l'une d'elles (obs. 28), le drainage n'est pour rien dans la cause du décès, du à une péritonite.

Chez l'autre (obs. 26) il fut établi un Mickulicz

abdominal. L'opération avait été particulièrement grave, avec lésion de la face antérieure du rectum sans atteinte de la muqueuse. Cette lésion est réparée par un surjet.

La malade supporte admirablement l'opération. Pendant quatre jours elle va très bien. Le cinquième jour, on enlève deux mèches de Mickulicz.

L'état reste bon. Trois jours après, chute brusque de la température, pouls à 140, filant, petit, et décès le septième jour après l'opération, avec les symptômes d'une péritonite aiguë.

Faut-il voir dans ce décès un méfait du drainage ? Peut-être la présence des mèches au contact d'une suture intestinale a-t-elle été, suivant la règle bien connue, la cause d'une fistule et secondairement d'une péritonite au moment où fut enlevé le Mickulicz ?

Les onze malades restantes guérissent parfaitement sans qu'aucun inconvénient vînt du drainage.

Nous pouvons, il nous semble, conclure que dans la grande majorité des cas, le drainage sous-péritonéal vaginal pourra être pratiqué et que c'est le seul à employer. Quand il sera absolument impossible de péritoniser, d'exclure les surfaces cruentées et que l'on aura de grandes craintes qu'elles soient la cause d'une péritonite, on peut établir un drainage abdominal qu'il faudra surveiller attentivement et réduire au strict nécessaire à cause des accidents des parois.

Les opérations seront suivies d'un nettoyage soigné de la cavité pelvienne. On pourra faire une toilette à l'eau oxygénée qui, pour certains chirurgiens, donnerait d'excellents résultats dans la tuberculose annexielle.

CHAPITRE III

LES RÉSULTATS

Nous venons d'exposer les grandes lignes du traitement, les méthodes, les diverses opérations que l'on a opposé à la tuberculose annexielle.

Nous allons maintenant, envisager les résultats et enfin, dans une troisième et dernière partie, nous essaierons de tirer des indications thérapeutiques ayant pour base ces résultats.

Nous avons réuni les observations depuis 1901. Nous n'avons pris que celles où la nature tuberculeuse de la maladie présentait une certitude fondée sur un examen microscopique, une inoculation, ou bien dans quelques-unes de nos observations, sur des lésions qui ne permettaient pas de douter un instant. Nous avons réussi à trouver cent vingt et une observations. Nous en avons pu compléter cent-trois, soit par la date et les circonstances de la mort, soit en revoyant les autres en nous assurant de l'état de la santé, et en constatant l'état actuel de la malade.

Nous avons revu nous-même la plupart de ces malades ; quant cela nous était impossible, nous avons demandé aux médecins traitants de bien vouloir examiner les opérés et nous indiquer les résultats de cet

examen. Enfin, dans un certain nombre de cas, nous avons écrit simplement aux malades. Dans ces cas, nous sommes obligés de nous tenir à ces réponses, cependant nous avons pu nous assurer plusieurs fois que les réponses étaient bien conformes à la réalité, et permettaient de juger de l'état de la malade.

Nous avons pensé qu'il valait mieux dresser ici un tableau synoptique comprenant toutes les observations que nous avons retrouvées. Nous les avons groupées selon la formule de traitement qui fut appliqué et à chacune d'elles nous avons indiqué la durée de la survie. Il nous a paru fastidieux de réunir ainsi et de détailler cent vingt-et-une observations qui se ressemblent étrangement. Seule une chose est véritablement importante, c'est la nature tuberculeuse des lésions. Nous avons pris toutes les précautions afin de rassembler uniquement des cas où cette nature était certaine.

Pour faciliter les recherches et si les observations peuvent servir à d'autres qui étudieront cette question, nous réunissons les observations dans les tableaux suivants :

Observations dues à M. Pollosson : 8, 10, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 30, 32, 34, 39, 40, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 68, 69, 72, 73, 75, 76, 78, 79, 80, 84, 86, 87, 89, 90, 91, 94, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 117, 118, 119, 121.

Observations dues à M. Albertin : 9, 41, 45, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 58, 99, 114.

Observations dues à M. Patel : 1, 3, 6, 7, 36, 38, 43, 47, 66, 71, 74, 83, 88, 92.

Observations dues à M. Villard : 11, 18, 19, 26, 51, 67, 85, 111, 115, 116.

Observations dues à M. Tixier : 42, 44, 70, 77, 81, 102, 120.

Observations dues à M. Bérard : 2, 17, 28, 31, 35, 57.

Observations dues à M. Delore : 37, 82, 93, 95, 96.

Observations dues à M. Gayet : 13, 46, 98.

M. Jaboulay nous a donné les observations 20 et 112 ;

M. Vallas les observations 5, 107, 113 ;

M. Violet les n^{os} 4, 33 ; M. Desgoutte le n^o 97 ; M. Leriche le n^o 56.

Nous devons ici remercier le Dr Blanc, de Saint-Etienne, qui a bien voulu rechercher pour nous ce qu'était devenue une malade laparotomisée par lui en 1909 et dont l'observation a paru dans la *Loire médicale* en 1909.

Nous lui gardons une grande reconnaissance.

TABLEAUX
SYNOPTIQUES CONTENANT 121 OBSERVATIONS

NOM	AGE	DATE DE l'intervention	LÉSIONS	PROCÉDÉ	REVUE	ÉTAT	SURVIE
MALADES REVUES							
Malades traitées médicalement.							
1. M.	19	Début du trait 1904	Deux gros paquets annexiels. Poussées péritonéales.	Traitement médical	1911	Bon état.	8 ans
2. M.J.-M.	21	18 fév. 1905	Tuberculeuse annexielle.	"	1908	Décès.	3 ans
3. M. R..	20	1908	T. utéro-annexielle. Tubercu- lose multiples.	"	Nov. 1911	Va bien.	4 ans
4. X.	25	nov. 1907	Salpingite nodulaire	"	Déc. 1911	Bonne santé.	
5. L. C...	23	Avril 1910	T. annexielle. — Tuberculeuse pulmonaire.	"	Nov. 1911	Lésions annexielles stationnaires.	4 an 1/2
Voie vaginale.							
6. D.	"	Date opératoire Avril 1901	Annexite gauche. Rien à droite.	Ablation des an- nexes gauches.	Nov. 1911	Santé parfaite.	11 ans
7. A. M..	20	Nov. 1902	Volumineuse tumeur gauche. Etat général mauvais.	Colpotomic simple.	Fin 1904	Décès.	2 ans
8. F. M..	25	26 Août 1904	A eu des opérations multiples. Colpotomies. Salpingecto- mie double.	Hysterectomie to- tale.	Nov. 1911	Va très bien.	7 ans 1/2
9. G. C...	20	1907	Grosses lésions annexielles.	Ablation bilatérale des annexes.	Sept. 1911	Etat général bon. Albumin. légère.	4 ans
Opération mixte.							
10. Z.....	25	Mai 1911	Salpingite. Péril. tubercul. gé- néralisée.	1° Ablation vaginale d'une trompe; 2° Lapar. simple.	16 déc. 1911	Très bonne santé.	7 mois
11. J. G..	19	Février 1900 Juin 1906	Coulée de Ciment. Annexite bi- latérale.	1° Ablation bilatér. des annex.; 2° La- parotom. simple.	1er déc. 1911	Pas de souffrances. Pertes blanches.	5 ans 1/2

Laparotomie simple.

12. X. . .	35	Mai 1909	T. annexielle. Volumineuse réaction épiploïque.	Laparot. simple.	Fin nov. 1911	Etat parfait.	12 ans 1 2
13. A. B.	30	1 ^{er} avril 1910	Tuberculose pelvienne totale.	Laparot. simple.	15 nov. 1911	Etat assez satisfaisant. Lésions ont diminué.	4 an 1 2
14. H. R.	22	21 juillet 1910	Annexite bacill. bilatérale. Somet droit. Végétations coaralliformes sur l'intestin.	Laparot. simple.	Nov. 1911	Etat mauvais.	4 an 1 2
15. H. L.	38	1 ^{er} déc. 1910	Pyosalp. bilat. Péritonite tub.	Laparot. simple.	23 juin 1911	Décès.	6 mois

Opérations conservatrices.

16. G. L.	41	5 mai 1902	T. annexielle bilatérale. Pyosalpinx.	Ablation bilat. des trompes. Drainage	18 nov. 1911	Bonne santé.	9 ans 1 2
17. C. P.	26	6 août 1902	Salpingo-ovarite bilatérale.	Salpingectomie D. Ablation des annexes G. Drainage	10 déc 1911	Bonne santé.	9 ans 1 2
18. A. L.	17	7 avril 1903	Kyste ovaire droit. Annexite gauche. A eu une salpingectomie vaginale.	Ablation des annexes.	1911	Bonne santé.	9 ans
19. B. D.	29	29 juillet 1903	Péritonite tuberculeuse. Lésions annexielles bilatérales.	Ablat. des annex. G. et de la trompe D.	1 ^{er} déc. 1911	Bonne santé.	8 ans 1 2
20. E. D.	23	Août 1904	Double abcès froid tubaire.	Salpingect. double.	19 déc. 1911	Excellente santé.	7 ans 1 2
21. S. E.	25	15 sept. 1904	Gros pyosalpinx bilatéral.	Ablat. trompe D. Ponct. des abcès.	25 nov. 1911	Bonne santé.	7 ans
22. L. D.	25	23 nov. 1904	Salpingite bilatérale.	Ablation bilatérale des annexes.	21 nov. 1911	Bonne santé.	7 ans
23. G. Ch.	31	16 déc. 1904	Grosse suppuration pelvienne.	Abl. bil. annexes. On laisse un débris d'ovaire.	Fin 1911	Bonne santé. Fistule pariétale.	7 ans
24. P. G.	28	7 janvier 1905	Annexite droite.	Ablat. des annexes D. Appendicect.	22 nov. 1911	Grossesse. Bonne santé.	7 ans

NOM	AGE	DATE DE l'intervention	LÉSIONS	PROCÉDÉ	REVUE	ÉTAT	SURVIE
Opérations conservatrices (suite).							
Date opératoire							
25. O. D.,	32	25 fév. 1905	T. complète du petit bassin.	Ovariectomie G.	Juillet 1905	Décès T. pulmonaire	6 mois
26. S....	23	9 mars 1906	Annexite bilatérale. Ovaire.	Annexes gauches.	Mort opératoire.		Périton.
27. E. M.,	19	30 mai 1906	Abcès froid tubaire.	Abl. des annex. G.	20 déc. 1911	Bonne santé.	5 ans 1 2
28. C. F.,	29	16 fév. 1907	Grosse collect. gauche. Ovaire tuberculeuse. Abcès péritonéaux.	Salpingectom. D. Ablat. des annexes et des kystes.	Mort opératoire.		Périton.
29 J. G.,	"	3 juin 1908	Annexite. Grosse extension péritonéale.	Ablation bilatérale des annexes.	14 oct. 1908	Décès.	5 mois
30. M....	26	4 juin 1908	Annexite unilatérale g.	Abl. des annexes G.	16 nov. 1911	Bonne santé.	3 ans 1 2
31. X....	24	28 oct. 1908	Grosse réaction péritonéale. Abcès ovaire.	Abl. bilatérale des annexes.	Fin nov. 1911	Bonne santé.	3 ans
32. J. B.,	28	15 fév. 1909	Annexite. Rétroversion.	Salpingectomie G	25 nov. 1911	Assez bonne santé.	3 ans
33. X....	"	Mai 1909	Kyste bilatéral de l'ovaire. Annexite tuberculeuse.	Hystéropexie. Ablation bilatérale des annexes.	Nov. 1911	Souffre à droite. Excellente santé.	2 ans 1 2
34. X....	26	14 juin 1909	T. éteinte des annexes. Kyste ov. dr.	Abl. des annex. D. Salpingectom. G.	Fin nov. 1911	Va très bien.	2 ans 1 2
35. X....	23	7 juin 1911	T. pelvienne. Abcès ovaire.	Abl. bil. des annex. Hélio-thérapie.	Fin déc. 1911	Satisfaisante.	6 mois
36. X....	19	16 sept. 1911	T. ovaire droit. Invasion périt.	Annexe droite.	Janvier 1912	Va très bien.	4 mois
37. X....	35	29 sept. 1906	Annexite droite. Tub. pulmonaire.	Ablat. des annexes droites.	Mai 1911	Excellente santé.	5 ans

Hystérectomies subtotales.

38. F. A.,	"	1904	Salpo-ovarite bilatérale.	Subtotale.	Nov. 1911	Etat excellent.	7 ans
39. C. B.,	37	17 juin 1905	Adhérences. Poches kystiques. Perforation vésicale.	Subtotale.	11 nov. 1911	Va très bien.	6 ans 1 2

41. E. B.	30	17 nov. 1905	Tuberculose générale du petit bassin. Trompes volumineuses.	Subtotale.	Juillet 1905	Décès.	6 mois
42. D. M.	22	24 juil. 1906	Ann. bil. Périton. tuberculeuse.	Subtotale.	15 nov. 1911	Bonne santé.	6 ans
43. M. P.	23	14 juin 1907	Tuberculose annexielle.	Subtotale.	16 mai 1911	Décès opératoire.	4 ans
44. C. V.	»	20 janv. 1908	Salpingite. Pyosalpinx. Métrite.	Subtotale.	Sept. 1911	Tub. pulmonaire.	4 ans
45. J.-C.	19	13 fév. 1908	Hydrosalpinx gauche. Adhérences.	Subtotale.		Excellente santé.	
46. V. B.	19	26 sept. 1908	Abcès froid tubaire.	Subtotale.	Déc. 1911	Excellente santé.	3 a s
47. P. M.	»	15 nov. 1908	Grossesse extra-utérine droite. Pyosalpinx gauche.	Subtotale.	15 nov. 1911	Tub. pulmonaire.	3 ans
48. J. B.	»	9 janv. 1909	Annexite bilatérale.	Subtotale.	Déc. 1910	Bonne santé. Quitte la France.	2 ans
49. M. L.	31	20 janv. 1909	Bassin fermé par un toit d'adhérence. Annexite bilatérale.	Subtotale.	...	Décès opératoire.	Périton.
50. B. ...	44	23 fév. 1910	Grosse annexite avec péri-an-nexite.	Subtotale.	18 mai 1910	Décès.	6 mois
51. B. H.	23	27 avril 1910	Deux gros pyosalpinx ouverts dans le colon.	Subtotale.	25 nov. 1911	Bonne santé.	2 ans
52. G. C.	24	20 janv. 1911	Pyosalp. et ovarite gauche. Granulations péritonéales.	Subtotale.	11 déc. 1911	Excellente santé.	1 an
53. V. B.	23	20 avril 1911	Ovarite gauche. Réaction du péritoine importante.	Subtotale.		Décès opératoire.	Périton.
54. E. D.	20	8 mai 1911	Annexite tuberculeuse. Tubercules multiples.	Subtotale.	12 déc. 1911	Pleurésie. Santé peu satisfaisante.	8 mois
55. M. L.	22	17 mai 1911	Pyosalpinx gauche.	Subtotale.	12 déc. 1911	Bonne santé.	8 mois
56. C. ...	34	1 ^{er} juin 1911	Salpingite tuberculeuse. Ovaire séro-kystique.	Subtotale.	Fin déc. 1911	Va très bien.	7 mois
57. E. V.	31	Juillet 1911	Pyosalpinx bilat. Adhérences multiples.	Subtotale.	15 déc. 1911	A eu une pneumon. Va bien.	5 mois
58. A. C.	34	16 nov. 1911	Fibrome. Salp. tuberculeuse.	Subtotale.	8 décembre	Part en bon état.	»

NOM	AGE	DATE DE l'intervention	LÉSIONS	PROCÉDÉ	REVUE	ÉTAT	SURVIE
Hystérectomies totales.							
59. M. T.	30	25 août 1904 28 janv. 1905	Abcès dans le Douglas Colpo- tomie.	Totale 1905.	15 nov. 1911	Très bonne santé.	7 ans
60. L. F.	21	23 mars 1905	Tuberculose génito-périton.	Totale.	16 nov. 1911	Excellente santé.	7 ans
61. C. V.	21	4 mai 1905	Tuberculose annexielle. Péri- tonite tuberculeuse.	Totale.	19 mai	Mort opératoire.	
62. L. M.	30	28 oct. 1905	T. annexielle. Poussées aiguës. Diarrhée. Abcès de l'ovaire.	Totale.	Octobre 1911	Va bien.	6 ans
63. M. B.	24	24 mai 1906	T. annexielle. Volumineuses an- nexes. Pyosalpinx bilat.	Totale. Appendicectomie.	21 nov. 1911	Va très bien.	5 ans 1/2
64. C. M.	35	26 mai 1906	Pyosalp. g. Adhrences intesti- nales. Pus dans le Douglas.	Totale.	18 nov. 1911	Bonne santé.	5 ans 1/2
65. A. W.	31	21 août 1906	Colpotomie. Pyosalpinx g. Hy- drosalpinx droit.	Totale.	16 nov. 1911	Va bien.	5 ans 1/2
66. P. . . .	30	Sept. 1906	Salpingite. Grosseréaction péri- tonéale. Poche purulente. Ovaire sain.	Totale.	Décem. 1911	T. pulmonaire. Rien de génital.	5 ans
67. J. J. . .	22	13 sept. 1906	Pyosalpinx. Salpingo-ovarite. Cystite. Hématurie.	Totale.	Revu plusieurs années après.	Bonne santé.	5 ans
68. P. B.	45	18 sept. 1906	Colpotomie. Grosse lésion an- nexielle.	Totale.	15 déc 1911	Va bien.	5 ans
69. C. C	35	12 déc. 1906	Annexite. Résection d'une anse grêle.	Totale.	15 nov. 1911	Très bien.	5 ans
70. M. . . .	29	2 mai 1907	Annexite droite. Salp. droite. Abcès inguinal. Pelvipéritonite plastique. Li- guide enkysté. Trompes nodulaires. Ovaires scléro-	Totale.	Juin 1911	Excellente santé.	5 ans

par l'excursion d'une
anse grêle adhérente dans
le Douglas).

72. A. P.	30	5 juin 1907	Annexite bacillaire bilatérale.	Totale.	Mort opératoire. Hémorragie.	6 mois
73. R....	»	17 juin 1907	Bacillose annexielle à grande extension péritonéale.	Totale.	Décès.	»
74. N....	28	Nov. 1907	Annexite. Plusieurs colpolomies antérieures.	Totale.	Décem. 1911	4 ans
75. B. C.	47	24 janv. 1908	Abcès ovarien. Paroi vésicale tuberculeuse.	Totale.	15 nov. 1911	4 ans
76. J. A..	46	13 mars 1908	Abcès fluctuant dans le Douglas.	Totale.	Mort opératoire. Péritonite.	»
77. M. P.	27	9 avril 1908	Abcès froids tubaire droit.	Totale.	24 nov. 1911	4 ans
78. E. S..	30	5 juin 1908	Annexite tuberculeuse.	Totale.	19 nov. 1911	3 ans 1 2
79. Ch....	»	6 août 1908	Gros pyosalpinx.	Totale.	8 déc. 1911	3 ans 1 2
80. E. L..	34	8 août 1908	Bacillose annexielle. Fibrome.	Totale.	30 nov. 1911	3 ans 1 2
81. S. T..	23	10 août 1908	Grosse collection péritonéale. Salp. tuberculeuse.	Totale.	8 déc. 1911	3 ans 1 2
82. X....	20	3 sept. 1908	Hydrosalp. droit. Pyosalp. gauche.	Totale.	9 déc. 1911	3 ans 1 2
83. L....	22	Sept. 1908	Bacillose ovarienne isolée.	Totale.	15 nov. 1911	3 ans
84. A. E.	25	8 janv. 1909	Pelvi-péritonite. Tuberculose annexielle. Collection ovarienne.	Totale.	30 nov. 1911	3 ans
85. R. B..	17	28 janv. 1909	Pyosalp. bilatéraux, surtout gauche.	Totale.	8 déc. 1911	3 ans
86. M. C.	»	Mars 1909	Nous n'avons retrouvé que l'examen histologique.	Totale.	20 nov. 1911	3 ans
87. G. P..	26	29 mai 1909	Hydrosalpinx droit.	Totale.	20 nov. 1911	2 ans 1 2
88. F....	24	7 nov. 1909	Tuberculose annexielle à forme péritonéale.	Totale.	Déc. 1910	2 ans
89. A. P.	19	1 ^{er} déc. 1909	Volumineux pyosalpinx gauche.	Totale.	19 nov. 1911	2 ans

NOM	AGE	DATE DE l'intervention	LÉSIONS	PROCÉDÉ	REVUE	ÉTAT	SURVIE
30. B. C.,	"	24 janv. 1910	Vol. masse gauche adhérente à S illiaque, annexite droite.	Totale.	Mai 1911	Décès.	5 mois
91. B. P.,	"	27 janv. 1910	Annexite bilatérale. Pyosalpinx. Fibrome tuberculisé.	Totale.	Juin 1911	Décès.	6 mois
92. S. . .	23	11 mars 1910	Masses annexielles bilatérales. Abcès ovaire droit.	Totale.	Octob. 1911	Va très bien.	2 ans
93. X. . . .	52	25 avril 1910	Pyosalpinx droit adhérent. Sal- pingite gauche Ovaire gauche scléro-kystique.	Totale.	25 nov. 1911	Excellente santé.	2 ans
94. D. . . .	38	23 juin 1910	Annexite tuberculeuse.	Totale.	30 nov. 1911	Bonne santé.	1 an 1 2
95. J. M.,	15	6 août 1910	Annexite double. Ascite. Pyo- salpinx droit.	Totale.	Juillet 1911	Allait bien.	1 an
96. X. . . .	26	21 nov. 1910	Annexite double. Adhérence in- testinale. Hydrosalp. G. Salpingite D. interstitielle.	Totale.	7 déc. 1911	Va bien.	1 an
97. M. J.,	32	2 déc. 1910	Abcès tubo-ovarien D. Pyosal- pinx gauche.	Totale.	Nov. 1911	Très bien.	1 an
98. F. P.,	22	15 déc. 1910	Grosses poches de pelvi-péri- tonite enkystée. Grosses masses annexielles.	Totale.	10 nov. 1911	Va très bien.	1 an
99. J. S.,	22	22 déc. 1910	Lésions de péritonite adhérente. Salpingite nodulaire.	Totale.	Mort opératoire.	Périton.	
100 K. . .	19	3 janv. 1911	Ovaro-pyosalp. bilat.	Totale.	Nov. 1911	Va très bien.	1 an
101. G. G.,	15	10 janv. 1911	Bacillose annexielle. Grosses lésions péritonéales.	Totale.	28 nov. 1911	Bonne santé.	1 an
102. L. . . .	30	28 juin. 1911	Malformat. vaginale. Annexite. Trompe nodulaire avec petits abcès.	Totale.	Déc. 1911	Très bonne.	8 mois
103. R. P.,	25	9 sept. 1911	Grosse suppuration pelvienne.	Totale.	20 déc. 1911	Va bien.	5 mois

Abcès froids tubaires.

Obs. 20 S. O.	23	Août 1904	Double abcès froid tubaire.	Salpingect. double.	Décem. 1911	Excellente santé.	7 ans 1 2
Obs. 27 E. M.	19	30 mai 1906	Abcès froid tubaire bilatéral.	Ablat. des annexes. Droite. Salpingec- tomie gauche.	Décem. 1911	Très bonne santé.	6 ans
Obs. 46 V. B.	19	16 sept. 1908	Abcès froid tubaire.	H. totale.	10 déc. 1911	Guérison.	3 ans
Obs. 77 M. P.	27	9 avril 1908	Abcès froid tubaire bilatéral.	H. totale.	24 nov. 1911	Guérison.	4 ans
Obs. 91 B. P.		27 janv. 1910	Abcès froid tubaire. Fibrome utérin avec caverne tuber- culeuse.	H. totale.	Morte en juin 1911.		Cachexie
Obs. 104	18	30 avril 1904	Abcès froid tubaire. Epiploon épaissi avec quelques adhé- rences à la masse kystique.	Salpingect. unilat. vaginale.	Janvier 1912	Mariée. Bonne santé.	8 ans

Malades chez qui l'ovaire était particulièrement atteint.

Obs. 61 C. V.	21	4 mai 1905	Abcès de l'ovaire droit. Salpin- gite nodulaire. Déchirure du rectum.	Hyst. totale.	19 mai 1905	Mort opératoire.
Obs. 26 Sch.	23	9 mars 1906	Abcès de l'ovaire gauche. An- nexite tuberculeuse bilat. peu accusée à droite. Lésions du rectum. Mickulicz.	Ablat. des annexes gauches.	15 mars 1906	Mort opératoire. Péritonite.
Obs. 53 Valérie B.	23	20 avril 1911	Tuberculose annexielle bilaté- rale. Prédominance des lésions sur l'ovaire gauche. Tubercules sur l'intestin.	H. subtotale	25 avril 1911	Mort opératoire.
Obs. 25 OE. D.	32	25 fév. 1905	Tuberculose annexielle bilaté- rale. Tuberculose de l'o- vaire gauche.	Ovariectomie gauche	Juillet 1905	Mort tardive, tuber- culose pulmon.

NOM	AGE	DATE DE l'intervention	LÉSIONS	PROCÉDÉ	REVUE	ÉTAT	SURVIE
Obs. 31 M. N.	24	28 oct. 1908	Abcès bilatéral de l'ovaire. Tuberculeuse salpingo-péritonéale.	Ablation bilat. des annexes	Nov. 1911	Bonne santé.	3 ans
Obs. 35 R.	23	7 juin 1911	Tuberculeuse péritonéo-annex. et surtout de l'ovaire droit.	Ablation bilat. des annexes	Fin déc. 1911	Santé excellente.	6 mois
Obs. 36 M. X.	19	16 sept. 1911	Granulations sur tout l'intestin. Tuberculeuse de l'ovaire droit.	Ablat. des annexes droites	Fin nov. 1911	Va bien.	4 mois
Obs. 38		1904	Salpingite bilatérale. Ovarite suppurée gauche.	I. subtotale.	Novem. 1911	Guérie.	7 ans
Obs. 52 G. C.	24	20 janv. 1911	Salpingo-ovarite gauche. Pyosalpinx.	H. subtotale.	11 déc. 1911	Guérie.	1 an
Obs. 75 B	47	24 juil. 1906	Ovarite suppurée droite. Pyosalpinx. Ouverture dans la vessie.	H. totale.	15 nov. 1911	Guérie.	4 ans
Obs. 82 N.	20	3 sept. 1908	Abcès ovaire droit. Hydrosalpinx droit. Pyosalpinx gauche.	H. totale.	9 déc. 1911	Guérie.	3 ans 1 2
Obs. 83 L.	22	Sept. 1918	Tuberculeuse ovarienne isolée.	H. totale.	15 nov. 1911	Légère douleur abdominale droite.	3 ans
Obs. 84 U.	25	8 janv. 1908	Pelvi-péritonite. Tuberculeuse annexielle. Abcès de l'ovaire prolabé.	H. totale.	30 nov. 1911	Va très bien.	3 ans
Obs. 92	23	11 mars 1910	Tuberculeuse annexielle bilatérale. Abcès de l'ovaire droit.	H. totale.	Octobre 1911	Guérison.	2 ans
Obs. 97 M. J.	32	2 déc. 1910	Tuberculeuse annexielle. Abcès volumineux tubo-ovar. dr.	H. totale.	Nov. 1911	Va très bien.	1 an
Obs. 100 K.	19	3 janv. 1911	Tuberculeuse bilatérale. Pyosalpinx. Abcès de l'ovaire bilatéral.	H. totale.	10 nov. 1911	Va très bien.	1 an

NOM	AGE	DATE OPÉRATOIRE	LÉSIONS	PROCÉDÉ	ÉTAT A LA SORTIE
MALADES NON REVUES					
Voie vaginale.					
104. J. B.	18	24 fév. 1904	Abcès froids tubaires probables.	Colpotomie.	Bon.
105. V. D.	34	30 avril 1904		Salpingectomie droite vaginale.	
		7 août 1904	Annexite double. Envahissement des ligaments.	1° Colpotomie; 2° H. totale vaginale	Bon.
106. M. P.	17	Sept. 1904	Annexite droite.	Colpotomie.	Fistule par section du grêle. Laparotomie. Résection au bouton, fistule continue.
Laparotomie simple.					
107. M. C.	37	20 avril 1910	Annexes gauches. Péritonite tuberculeuse.	Laparotomie simple.	Part améliorée.
Laparotomie avec opération conservatrice.					
108. A. H.	22	12 déc. 1903	Abcès froids tubaires.	Salpingectomie double. Ovar. D.	Vivait encore 4 ans après.
109. M. C.	42	13 déc. 1903	Annexite et péri-annexite.	Salp. bilatér. Appendicectomie.	Bon.
110. A. P.	32	21 nov. 1904	Kystes de l'ovaire tuberculeux. Salpingite tuberculeuse.	Ablation des annexes. Drainage.	Fistule stercorale. Résection intestinale. Part guérie.
111. M. P.	23	14 oct. 1905	Pyosalpinx bilatéral.	Abl. des annexes D. Salpingect. G.	Revue 1906. Souffre à dr.
112. S. S.		24 nov. 1909	Pyosalpinx tuberculeux.	Ablation complète des annexes.	Réglée après opération.
113. R. D.	45	28 sept. 1910	Salpingite tuberculeuse bilatér.	Salpingectomie bilatérale	Sort guérie.
Subtotale.					
114. P. C.	39	29 janv. 1909	Volumin. masses annexielles.	Subtotale.	Sort guérie.
115. M. G.	41	5 juin 1909	Cloisonnement du Douglas. Annexite double.	Subtotale.	Sort guérie.
116. M. F.	26	4 nov. 1909	Salpingite Périton. enkystée.	Subtotale.	Bonne santé.

NOM	AGE	DATE OPÉRATOIRE	LÉSIONS	PROCÉDÉ	ÉTAT A LA SORTIE
Totale.					
117. A. C.	25	29 mai 1903	Pyosalpinx gauche.	Hystérectomie totale (1904).	Va bien.
118. B. M.	18	22 juil. 1904			
119. G. R.	27	9 juin 1906	Grossé collection. Polybacillose.	Totale.	Va bien.
		2 juillet 1906	Grosses lésions annexielles et intestinales.	Totale. Résection S iliaque.	Va bien.
120. A. R.	32	11 juin 1906	Tuberculose annexielle.	Totale.	Bon.
121. F. R.	30	19 janv. 1910	Collection dans le Douglas. Bacillose annexielle.	Totale.	Bon.

MORTALITÉ

Mortalité opératoire.

La mortalité opératoire n'est pas celle que nous nous étions imaginée avant de faire notre statistique ; nous pensions, avec nombre d'auteurs, surtout étrangers, que la tuberculose annexielle était d'une gravité opératoire exceptionnelle. Nous étions fixé dans cette idée par ce qu'il nous fut donné de voir durant notre internat. Cependant, à mesure que nous collectionnions les observations et que nous retrouvions les malades, pour le plus grand nombre bien portantes avec des survies étendues, nous remarquions que la mortalité était moindre que nous ne l'avions craint. Nous avons recherché quelle fut la cause des morts opératoires, quel fut leur nombre :

Sur 116 malades opérées par l'une des méthodes étudiées plus haut, il y eut 9 morts opératoires : soit 7,8 pour 100.

Ces 9 cas mortels se répartissent de la façon suivante par rapport aux différents procédés :

Laparotomie avec conservation	2
Laparotomie avec subtotale	3
Laparotomie avec totale	4
	9

Les opérations conservatives ont, par conséquent, donné 2 morts opératoires sur 28 cas, soit 7,2 pour 100.

Les hystérectomies subtotaux ont donné ;

3 morts opératoires sur 24 cas, soit 12,8 pour 100.

Les totales donnent 4 cas sur 50, soit 6 pour 100.

Nous devons tout de suite dire que ces pourcentages ne doivent pas être pris à la lettre. Pour nous, le procédé opératoire n'est que pour peu de chose dans ces morts, ce sont les lésions qui sont tout. Il est bien évident que les méthodes conservatrices doivent donner une mortalité moins élevée dans ses grandes lignes que les opérations radicales puisqu'elles s'adressent à des lésions assez peu étendues, puisqu'elles autorisent la conservation.

D'un autre côté, le pourcentage très bas qui est celui de l'hystérectomie totale prouve bien que ce procédé est meilleur, mais, dans de nombreux cas, les lésions étaient assez minimales, ou d'une forme anatomique demandant la conservation, de telle sorte que la totale se présente ici avec tous les avantages, quelquefois au prix du sacrifice d'une fonction.

Le procédé de la subtotalité a donné une mortalité de 12,8 pour 100, plus du double de celle de la totale. Faut-il en conclure à une infériorité manifeste du procédé? Il nous a été donné d'assister et d'aider à l'opération. Celle-ci fut faite chez des malades très atteintes avec un état général mauvais; elle fut très difficile et si les deux malades moururent de péritonite, nous ne savons trop si l'on peut en rendre responsable le procédé.

On fit, dans les deux cas, des hystérectomies sus-vaginales avec large drainage sous-péritonéal à travers le Douglas et la lèvres postérieure du col.

La troisième mort opératoire est due à une ménin-

gite, complication très rare et dont la constatation n'influe en rien sur la valeur du procédé.

Les Causes.

La méningite se trouve rapportée une seule fois dans notre statistique. Henckel l'observa après un simple cathétérisme utérin. Faure, au Congrès de Rome de 1902, dit avoir vu un cas post-opératoire. Enfin nous avons rencontré dans tous les classiques, cette grave complication bien connue. La localisation annexielle ne ment pas à la règle générale de la tuberculose pouvant donner des accidents aigus de méningite ou de granulie après une intervention parfois très simple.

OBSERV. 43.

Marie P..., vingt-trois ans.

Pleurésie à quinze ans. Signes de péritonite bacillaire à dix-huit ans.

Réglée tardivement et irrégulièrement. Début brusque de l'affection actuelle avec état péritonéal assez accusé. Température : 38°4.

Lésion gauche prédominante.

14 juin 1907. — Intervention. Incision sous-ombilicale. Adhérences de l'anse sigmoïde et du rectum aux trompes dilatées. On libère.

Hystérectomie subtotale par le procédé de Kelly.

Pas de drainage.

24 juin. — Décès. Hyperthermie 41°2, aucun signe péritonéal, signes de méningite.

La méningite est, comme nous l'avons dit, assez rare, comme complication opératoire.

Elle ne doit à notre avis pas entrer en ligne de compte, on doit simplement y penser.

L'hémorragie est plus à craindre. Si elle n'entraîne que rarement la mort immédiate, elle peut avoir des conséquences cependant très graves, à cause des manœuvres qu'elle nécessite, tamponnement pouvant déranger la péritonisation, danger très grand d'infection à la fois par ce tamponnement et par la formation de caillots, milieu de culture favorable; enfin, quelquefois elle nécessite une seconde ouverture de la cavité abdominale, le plus souvent dans des conditions très mauvaises, la nuit, avec un personnel non coutumier; elle doit être rapide et les règles de l'asepsie ne peuvent parfois pas être prises convenablement.

OBSERV. 72.

Ad. P..., trente ans.

5 juin 1907. — Hystérectomie totale. Annexite bilatérale.

Hémorragie le soir même. Tamponnement. Réouverture de l'abdomen à 8 heures du soir.

Mort vingt-six heures après l'intervention : pouls incomptable, dyspnée.

Dans cette observation, l'hémorragie paraît avoir été seule en cause.

OBSERV. 76.

Jacques A..., quarante-six ans.

Il y a dix-huit ans, colpotomie.

Température à l'entrée : 39 degrés; on laisse refroidir les lésions.

13 mars 1908. — Incision de Pfannenstiël. Epiploon

épaissi, avec des granulations tuberculeuses qui se trouvent aussi sur l'intestin grêle adhérent et agglutiné. Quelques anses plongent dans l'excavation et le Douglas, où elles sont fixées. On arrive cependant à débarrasser le pelvis. Procédé par hémisection. Castration totale. L'intestin n'a pas été lésé gravement. L'utérine droite ne saignant pas n'est pas liée. Drainage vaginal.

Pas de péritonisation.

Dans la soirée, hémorragie, tamponnement.

16 mars 1908. — Décès. Vomissements, ventre dur, ballonné, agitation extrême.

Ici l'hémorragie et la péritonite sont en cause. Mais qui peut affirmer que la première, avec le tamponnement qu'elle nécessita, n'est pour rien dans l'apparition de la seconde?

Peut-être faut-il, quand la ligature de l'utérine n'est pas franche, avoir recours au procédé de la ligature à distance. Il faut également bien veiller à la ligature de l'utéro-ovarienne.

L'utérine peut facilement être comprimée par un tamponnement. L'utéro-ovarienne fuit au contraire, remonte sous le péritoine et donne une hémorragie impossible à arrêter par le tamponnement.

La péritonite est la cause la plus fréquente des décès opératoires. Sur 9 cas, 6 sont dus à cette complication.

OBSERV. 26.

S..., vingt-trois ans. Rien de particulier dans cette observation qui est celle d'une tuberculose tubo-ovarienne. Température entre 37°4 et 38 degrés.

9 mars 1906. — Laparotomie sous-ombilicale. L'utérus

et les annexes apparaissent non recouverts d'adhérences. L'utérus est gros et derrière lui, à gauche, il existe une grosse masse kystique qui dépend de l'ovaire gauche, et sur laquelle court la trompe gauche un peu épaissie et très reconnaissable. A droite, trompe légèrement augmentée de volume et souple. Son pavillon est libre. L'ovaire droit gros, blanc, un peu dur, est libre et mobile.

On arrive à décoller les annexes gauches, mais l'ovaire se rompt pendant ces manœuvres. L'ovaire contient encore un autre kyste du volume d'une grosse noix, à contenu purulent.

Pendant la libération de l'abcès ovarien, le rectum a été déchiré sur une longueur de 3 centimètres et une largeur d'1 centimètre et demi. La muqueuse rectale apparaît. On fait un surjet à la soie; on termine par un Mickulicz abdominal.

On conserve les annexes droites et l'utérus.

Le lendemain, la température s'élève à 38°5; le pouls est à 115. Les jours suivants, la température continue à s'élever: 38 degrés, 38°6, 38°9. Le pouls diminue de fréquence, il est à 104.

12 mars. — On enlève deux mèches. Etat général bon. Ventre en excellent état, malade a fait des vents.

14 mars. — La température, qui était de 38°9, retombe brusquement à 37°5, le pouls monte à 140.

15 mars. — Décès. La température est remontée à 40°3, avec pouls petit, filant, aggravation brusque de l'état général.

OBSERV. 28.

C..., vingt-neuf ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 10 février 1907. Température: 38°1.

11 février 1907. — Première intervention. Incision dans la fosse iliaque droite. Kyste uniloculaire de l'ovaire adhérent au cæcum et à l'appendice.

Grosse trompe adhérente à l'appendice. Volumineux abcès. Rien dans le péritoine.

16 février. — Deuxième intervention sur une volumineuse collection gauche. On tombe sur l'épiploon recouvrant une poche kystique contenant une sérosité purulente fétide. On rencontre une deuxième poche. Toutes deux sont vidées. Les parois sont d'une grande friabilité. On fait une nouvelle incision médiane qui permet de mieux enlever les débris.

On crève encore de nombreux kystes. Les anses intestinales sont bridées, accolées à la paroi. On libère ces adhérences et on termine l'opération par trois drainages.

La température monte et le 17 février la malade meurt avec 41°2.

La paroi de la poche kystique est celle d'un faux kyste.

L'ovaire, sur la coupe, présente des lésions très nettes de tuberculose.

OBSERV. 49.

Rentre à la Charité le 7 janvier 1909. Quelques mois auparavant, crise aiguë avec phénomènes péritonéaux intenses. Amaigrissement de 25 kilos. Etat général mauvais.

Rien aux poumons. Température normale.

20 janvier 1909. — Laparotomie sous-ombilicale médiane. Le détroit supérieur est fermé par un toit d'adhérences très serrées entre la vessie, les anses grêles et le côlon pelvien.

Dans les essais de libération on perfore la vessie et le côlon. On arrive, enfin, sur les annexes qui sont d'une difficulté extrême à enlever. C'est un tel magma qu'on trouve difficilement l'utérus.

Hystérectomie subtotale. Suture des déchirures vésicales et coliques. Péritonisation. Drainage vaginal.

Jours suivants. — La température monte progressivement et la malade décède le 23 avec les symptômes de péritonite et une température de 39°4.

OBSERV. 53.

Vingt-trois ans et demi, entre à la Charité le 29 mars 1911.

Température oscillante avec des 39 et 40 degrés. A la date de l'opération, la température est redevenue normale.

20 avril. — Laparotomie. Bloc comprenant annexes externes et intestin. Clivage facile. Poches purulentes. Hystérectomie subtotale. Drainage à travers le col et le cul-de-sac de Douglas. Péritonisation haute. La décortication poussée un peu loin montra des points caséeux sur l'intestin. La pièce montre qu'il s'agit surtout d'un abcès de l'ovaire.

21 avril à 5 heures du soir. — Apparition brusque d'accidents péritonéaux. La température qui était le matin et à 4 heures de 37°6, monte à 39°6. Le pouls devient très rapide.

22, 23, 24 avril. — On traite la péritonite. On place deux drains debout. Digitaline. Sérum goutte à goutte. Position de Fowler.

25 avril. — Décès.

OBSERV. 61.

Céline V..., vingt et un ans. Entre à l'hôpital le 20 avril 1905.

Pas de localisation pulmonaire. Diarrhée depuis une quinzaine de jours. Température oscillant entre 38 et 40 degrés.

4 mai 1905. — Intervention. Grand péritoine libre.

Petit bassin rempli d'adhérences. Ablation de la trompe droite volumineuse. Ablation de l'ovaire droit sur lequel se trouve un kyste du volume d'une orange. Ce kyste crève au cours des manœuvres, il en sort du pus hématique. Ablation des annexes gauches. Hystérectomie totale.

Perforation rectale fermée par un surjet.

Drainage vaginal.

9 mai. — Ablation des mèches.

13 mai. — La température commence à remonter, puis présente de grandes oscillations et la malade meurt le 19 mai 1905.

La cause du décès une est une péritonite qui évolue assez lentement.

OBSERV. 99.

Jeanne S..., vingt-deux ans. Entrée le 5 avril 1910. Marche très rapide des complications péritonéales. Température à grandes oscillations de 1 degré et demi et plus entre 36°8 et 38°5. Etat général assez bon.

22 avril 1910. — Intervention. Il est difficile de pénétrer dans le ventre à cause des adhérences multiples et serrées. Enorme développement de la circulation pariétale.

L'utérus et les annexes sont enfouis au milieu d'adhérences.

Castration bilatérale avec hystérectomie totale. Opération très difficile. Salpingite nodulaire.

24 avril. — Début brusque des symptômes péritonéaux. La température, qui était élevée, descend brusquement de près de 1 degré, puis remonte à 40°2. En quelques heures le ventre se météorise, le pouls devient incomptable ; nausées, facies péritonéal, dyspnée, immobilisation du diaphragme.

On établit un drainage abdomino-vaginal.

La malade meurt le 25 avril 1905.

Comme le montrent ces observations, la mort par péritonite se produit dans des cas très graves, avec opération difficile. Dans trois cas, il y eut des déchirures intestinales, du côlon ou du rectum avec issue de matières fécales. Une fois, la vessie fut ouverte. Il est évident que ces lésions traumatiques du tube digestif jouent un rôle dans l'apparition de la péritonite. Cepen-

dant, elles sont d'ordinaire assez bénignes quand l'occlusion de la lésion est bien faite. Mais à côté de ces causes traumatiques, il en est d'autres que nous devons montrer; elles sont au nombre de trois :

- 1° La courbe thermique avant l'intervention ;
- 2° Les lésions ovariennes ;
- 3° Les lésions intestinales.

Toutes les malades ont une courbe pré-opératoire agitée, à grandes oscillations, indice d'un état évolutif. On ne les a opérées que devant une température devenue régulière. Mais nous nous permettons d'insister sur ce point : il faut attendre longtemps. C'est à la fois du temps gagné dans la marche des suites opératoires et c'est surtout une sécurité plus grande.

Souvent il existe des infections surajoutées qui ne se refroidissent que très lentement. Tous les auteurs sont actuellement d'accord sur ce point; il ne faut opérer que lorsque les lésions n'évoluent pas.

Une deuxième constatation est la fréquence, dans le cas de mort opératoire par péritonite, des localisations tuberculeuses sur l'ovaire. Dans trois cas, le maximum des lésions siège sur cette glande. Dans un quatrième cas (obs. 61), l'ovaire était bien le siège d'un kyste, à contour pyo-hématique, mais l'examen histologique n'ayant pas porté sur ce point, nous ne pouvons conclure à sa nature tuberculeuse.

Cette gravité que comportent les localisations ovariennes est connue depuis longtemps. En 1894, Guillemain rapportait une statistique de 8 interventions: 3 malades guérirent, 1 mourut de tuberculose pulmonaire, 1 de méningite, 1 de cause indéterminée et 2 de péritonite.

Cette mortalité élevée peut être expliquée par ce fait que l'ovaire, étant très réfractaire à la tuberculose comme l'a montré Wittgenstein, ou bien sa lésion est le fait d'une virulence plus grande, ou bien de lésions très anciennes évoluant progressivement et attaquant tout l'arbre génital. Peut-être aussi la lésion ovarienne crée-t-elle une prédisposition à l'infection, en diminuant la résistance générale.

Un troisième fait est l'apparition brusque des phénomènes de péritonite. Celle-ci peut bien évoluer suivant le mode classique, mais nous avons remarqué que, plusieurs fois, c'était au bout de quelques jours et avec une soudaineté déconcertante, alors que les symptômes permettaient d'espérer des suites opératoires normales, que la complication faisait son apparition.

Plusieurs fois aussi, il y eut chute brusque de la température, qui remonte aussitôt. Ce sont là, il faut bien l'avouer, des signes de perforation intestinale. Nous pensons que cette perforation peut se produire quelques jours après l'opération. Au cours des interventions, le chirurgien cherche souvent à libérer les anses intestinales, à dégager leurs coudures, à donner à l'intestin sa direction normale. Quelquefois les tuniques intestinales sont gravement lésées. On reconstitue par un surjet les parois et si la plaie est en tissu sain, tout se passe bien. Mais souvent on met à nu, dans ces clivages, des surfaces intestinales sur lesquelles se voient des tubercules plus ou moins caséifiés. Là est, selon nous, le danger. La tuberculose ne crée pas seulement des adhérences, elle évolue dans leur structure, pénètre les parois intestinales, qui, au-dessous des adhérences, ne

sont pas saines, comme dans les réactions péritonéales banales. La perforation se fera facilement, quand ces tuniques infectées, caséifiées, quelquefois abcédées, seront devenues libres dans la grande cavité abdominale.

Aussi faut-il être très prudent dans les manœuvres sur l'intestin. Il faut faire porter ses efforts sur les lésions génitales, ne pas s'égarer hors du petit bassin et laisser à la nature médicatrice le soin de guérir.

Mortalité tardive.

Sur 121 observations que nous avons pu réunir, 18 n'ont pas été complétées. Il reste donc 103 observations sur lesquelles il faut déduire 9 cas de mort opératoire.

Il reste donc 94 malades qui furent traitées par les différentes méthodes et parmi elles 5 par des moyens purement médicaux.

Ces 94 malades ont donné 10 morts, dans les deux premières années qui suivirent l'intervention.

Parmi les 5 malades traitées médicalement et chez qui la tuberculose n'était affirmée que par la clinique, une mourut (obs. 2).

OBSERV. 2.

Vingt et un ans. Entrée le 18 février 1905. Etat général bon. Tuberculose pulmonaire en évolution, hémoptysies. Râles, toux. Etat subfébrile.

Lésions annexielles droites.

Refuse l'opération. Traitement médical.

1908. — Décès. Cachexie tuberculeuse générale.

L'OBSERV. 7 est celle d'une malade de vingt ans à qui fut faite une colpotomie en novembre 1902. Les accidents se calmèrent, puis reparurent en juin 1904. Etat général grave. Fièvre. Amaigrissement et apparition rapide d'une tuberculose pulmonaire.

A la fin de 1904. — Ascite. Tuberculose généralisée. Mort.

Parmi les malades opérées par la voie abdominale, 8 moururent, et cela dans les quelques mois qui suivirent l'opération.

OBSERV. 15.

H..., trente-huit ans.

1^{er} décembre 1908. — Péritonite tuberculeuse. Pyosalpinx bilatéral.

Simple laparotomie.

23 juin 1911. — Décès. Péritonite tuberculeuse généralisée.

OBSERV. 25.

O..., trente-deux ans.

25 février 1905. — Ovariectomie gauche par voie haute. Tuberculose tubaire.

12 mars. — Malade part en bon état général et annexiel.
juillet. — Décès. Tuberculose pulmonaire.

OBSERV. 29.

Joséphine G...

3 juin 1908. — Ablation bilatérale des annexes. Grande extension péritonéale.

14 octobre. — Décès.

OBSERV. 41.

Elise B..., trente ans.

17 novembre 1905. — Hystérectomie subtotale. Lésions de péritonite bacillaire avancée. Lésions annexielles bilatérales suppurées. Pyosalpinx tuberculeux.

Juillet. — Décès. Epiploïte suppurée. Ouverture d'une anse à la paroi. Tuberculose pulmonaire.

OBSERV. 50.

B..., quarante-quatre ans. Tuberculose rénale. Grosses lésions annexielles et péritonéales.

23 février 1910. — Hystérectomie subtotale.

18 mai. — Décès. Tuberculose généralisée.

OBSERV. 73.

Ra... 17 juin 1907. — Bacillose annexielle à grande extension péritonéale. Totale très difficile. Perforation du rectum.

6 décembre. — Mort. Cachexie tuberculeuse.

OBSERV. 90.

B... Colpotomie en 1906.

24 janvier 1910. — Hystérectomie totale difficile.

Mai. — Décès. Cachexie.

OBSERV. 91.

B... P... 27 janvier 1910. — Hystérectomie totale. Coexistence d'abcès froids tubaires et d'un fibrome tuberculisé (grosse caverne).

Juin 1911. — Décès.

On voit, par l'exposé succinct de ces observations, que l'évolution de la maladie fut rapide. Ces 8 malades opérées par la voie abdominale étaient dans un état grave. Toutes présentaient des lésions importantes, avec grandes extensions péritonéales. Une d'elle avait un fibrome tuberculisé.

La survie fut à peu près toujours la même, environ 6 ou 8 mois, et les malades moururent toutes, de généra-

lisation tuberculeuse aux poumons, aux reins, au péritoine.

SURVIE

Parmi les 103 malades dont nous avons pu compléter l'observation, 19 sont mortes, soit de mort opératoire, soit de mort tardive dans les quelques mois qui suivirent l'intervention.

Le nombre de malades actuellement vivantes est de 84, parmi lesquelles 4 subirent un traitement médical.

Il reste donc 80 malades opérées et actuellement vivantes, la plupart dans un état de santé très satisfaisant.

3 malades furent opérées par la voie vaginale avec des survies de 4, 7 1/2 et 11 ans.

2 eurent une ablation d'annexes par voie vaginale et une laparotomie simple avec survie de 1 an et 5 1/2.

3 subirent une simple laparotomie avec survie de 1 an 1/2, 2 et 2 ans 1/2.

18 malades eurent des opérations conservatrices, parmi lesquelles 6 fois l'utérus seul fut conservé. Les survies sont de :

2 malades.		6 mois
2	—	2 ans 1/2
2	—	3 ans
1	—	3 ans 1/2
1	—	5 ans
1	—	5 ans 1/2
4	—	7 ans
1	—	7 ans 1/2
4	—	9 ans

16 fois on fit l'hystérectomie subtotale:

3 malades sont opérées depuis 6 mois

3	—	—	—	1 an
2	—	—	—	2 ans
2	—	—	—	3 —
2	—	—	—	4 —
2	—	—	—	6 —
2	—	—	—	7 —

Enfin, 38 malades subirent des hystérectomies totales :

8 sont opérées depuis 1 an

5	—	—	—	2 ans
5	—	—	—	3 —
8	—	—	—	4 —
6	—	—	—	5 —
4	—	—	—	6 —
2	—	—	—	7 —

Au total, à l'heure actuelle, parmi les 98 malades opérées depuis 1901, à Lyon, et qui ont pu être suivies, 80 sont actuellement vivantes :

17 sont opérées depuis 1 an

9	—	—	—	2 ans
12	—	—	—	3 —
12	—	—	—	4 —
7	—	—	—	5 —
8	—	—	—	6 —
8	—	—	—	7 —
2	—	—	—	8 —
4	—	—	—	9 —
1	—	—	—	11 —

80

Or, Baisch, en 1907, à la clinique de Doderlein, à Tübingue, trouve 23 cas avec 18 guérisons.

Rive, en 1909, réunit toutes les observations des thèses de Martin, Leuret et Gorowitz. Il arrive à un total de 275. 38 fois seulement une survie de plus d'un an est signalée.

Thaler, en 1911, d'après la statistique de Schauta, en arrive à conclure que lorsqu'on peut diagnostiquer les lésions tuberculeuses des annexes, le mieux est de les respecter.

On peut voir que les résultats que nous donnons ici et qui furent tous constatés, cas dans lesquels la tuberculose est certaine, autorisent une grande espérance dans la guérison.

Parmi les 80 malades actuellement vivantes :

3 continuent à souffrir du ventre. Elles ont de grosses lésions dans le petit bassin. Ces 3 malades subirent une laparotomie simple.

8, guéries génitalement, font d'autres localisations tuberculeuses, rénales, mais surtout pulmonaires. Cette tuberculose paraît évoluer lentement.

10 sont guéries, mais cependant souffrent quelquefois dans le ventre, sans que l'examen relève de lésions.

59 peuvent être considérées comme complètement guéries.

CHAPITRE IV

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES TIRÉES DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Maintenant que nous avons envisagé les résultats immédiats et éloignés donnés par les différentes interventions opposées à la tuberculose annexielle, il importe d'en tirer des indications thérapeutiques.

La première constatation que l'on peut faire, la première conclusion que l'on peut tirer, c'est la justification du traitement chirurgical. Les résultats que donne cette méthode avec ses différents procédés, sont remarquables. La mortalité opératoire n'est pas très élevée. Nous l'avons étudiée suffisamment pour y revenir ici. Nous avons vu que, souvent, les chirurgiens s'étaient attaqués à des cas où l'extension des lésions était si grande, que l'intervention, par le seul fait de l'acte opératoire, de sa durée, de la longueur de l'anesthésie, était peut-être contre-indiquée. Plusieurs malades moururent d'hémorragie, d'autres de péritonite. Ces cas existeront toujours, ils sont inhérents à tout acte chirurgical, mais leur fréquence ira en diminuant encore.

Il est un fait qui donne encore plus de poids

à la thèse que nous soutenons. Contrairement à certains auteurs (Thaller), nous pensons que la tuberculose annexielle, bien que, dans l'immense majorité des cas, elle soit secondaire, peut également, chez le plus grand nombre des malades, être considérée comme la principale localisation. Cette localisation des lésions autorise, au même titre qu'une localisation osseuse, l'opération. Trélat, en 1883, disait : « Lorsque, chez un « tuberculeux, l'une des localisations aggrave l'état « général, il faut, s'il est possible, supprimer cette « localisation par une opération radicale. » Ce qui prouve l'excellence de ce principe, ce sont les longues survies qui suivent les exérèses.

En 1902, Faure, au Congrès de Rome, disait : « Les interventions dirigées contre la tuberculose « annexielle ne peuvent pas donner, à beaucoup près, « le résultat admirable qu'elles donnent dans les infections utéro-annexielles de nature banale. Parfois, « les interventions les plus larges ne peuvent suffire à « enlever la totalité des lésions.

« Mais, si l'intervention chirurgicale n'est pas toujours victorieuse, il nous suffit de savoir qu'elle « donne souvent des résultats parfaits et des guérisons « admirables. »

Ces paroles de Faure sont aussi vraies qu'en 1902. En 1900, M^{lle} Gorowitz rapportait douze cas opérés par Bouilly, dont onze avec les procédés conservateurs. Ces douze malades étaient guéries avec des survies de quatre ans à un an.

Combien de malades n'avons-nous pas vues qui furent traitées longtemps par la columnisation, les

injections, les lavements chauds, aussi par la thérapeutique générale de la tuberculose, dans la mesure du possible, et qui, chaque semaine, revenaient se faire soigner ; on constatait un état stationnaire des lésions qui désespérait. Beaucoup de malades furent opérées. Elles vinrent encore quelque temps demander des soins généraux ; et bientôt, on ne les revit plus. Nous les avons recherchées et presque toutes retrouvées, présentant un état de santé satisfaisant.

Localisation des lésions, dangers de complications graves et d'une tuberculisation toujours à craindre d'autres organes, échec du traitement médical, sont autant de raisons qui justifient pleinement le traitement chirurgical. Les succès que donne ce dernier ne font que confirmer cette justification.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES TIRÉES DE L'ÉTUDE CLINIQUE

Le traitement chirurgical nous paraît être suffisamment justifié par les différents arguments que nous avons énumérés. Il nous faut maintenant montrer quelles sont les causes qui devront orienter le médecin vers un traitement chirurgical. Ces causes résultent nettement de l'étude des faits, en un mot, des renseignements fournis par le toucher, le palper, les signes d'annexite chronique, la présence de complications.

Nous diviserons ce chapitre en plusieurs paragraphes. D'une part, nous étudierons les poussées aiguës, puis nous envisagerons l'état général des malades, les autres localisations tuberculeuses, et ce qui peut en découler comme conséquences thérapeutiques ;

enfin, nous établirons les indications cliniques qui doivent revêtir le caractère opératoire.

L'évolution de la tuberculose annexielle présente fréquemment des **poussées aiguës**. Ces états avec fièvre, accident brusque, ordinairement réaction péritonéale, sont de différente nature et doivent être interprétés de diverses façons.

Les unes sont de nature banale, blennorragiques, polybacillaires. Ce sont des lésions surajoutées et actuellement ces associations microbiennes sont bien connues et signalées partout. Les infections génitales puerpérales et blennorragiques favorisent singulièrement la localisation tuberculeuse, et lorsque celle-ci est devenue la lésion dominante, celles-là peuvent se réveiller, provoquer des poussées aiguës qui cessent rapidement.

Mais la tuberculose donne aussi ce tableau. Combien fréquent est le début de la maladie, par un accident aigu ! A l'occasion d'une fatigue excessive, au moment du mariage, des premiers rapports, quelquefois seulement après un premier accouchement, quelquefois sans qu'il soit possible de trouver une cause, une jeune fille, une jeune femme présente les symptômes d'une pelvi-péritonite aiguë ; puis tout se calme. Il en reste cependant une douleur vague dans le bas-ventre, exacerbé par les mêmes causes qui amenèrent la première atteinte. Les règles deviennent irrégulières, avancées, plus abondantes, et surtout douloureuses. Puis de nouvelles poussées se reproduisent, et petit à petit les annexes deviennent continuellement douloureuses ; le petit bassin est très sensible au toucher ;

l'utérus est en place, mais le Douglas est occupé par des masses qui sont les annexes prolabées et bientôt fixées. L'état général à chacune de ces poussées dépérit. Ce qu'il y a de remarquable, c'est l'état de latence des lésions; d'une part avant la première poussée, et surtout entre les poussées, comme l'ont bien signalé Violet et Jamin, dans leur travail fait dans la clinique du professeur Pollosson.

Quelle que soit la nature de ces poussées, elles comportent une indication thérapeutique : celle d'un traitement médical.

Là, comme dans toutes les pelvi-péritonites, il faut laisser les symptômes s'amender. Le repos, la glace sur le ventre, les injections chaudes, sont le seul traitement à instituer. Il faut chercher à obtenir le refroidissement des lésions. Toute intervention, tout traumatisme opératoire aurait un résultat contraire au but cherché. Il n'y a que lorsque les symptômes forcent la main que l'on doit intervenir. Le traitement médical est le seul à instituer, il doit être continué suffisamment longtemps pour que, au moment où l'intervention sera jugée opportune, les lésions soient bien limitées et que tout ce qui n'appartient pas à la tuberculose soit éteint.

Il est en matière de chirurgie une question qui toujours est au premier plan quand on a affaire à des affections d'allure chronique, c'est celle de **l'état général** et des **localisations viscérales** de la maladie.

Si, dans les maladies aiguës d'ordre chirurgical, le mauvais état du sujet est de première importance et

pousse à un acte opératoire qui doit supprimer la cause, il n'en est pas de même dans les maladies chirurgicales à allure chronique. Dans celles-ci, comme la tuberculose et le cancer, un état général compromis, subissant déjà l'empreinte grave de la maladie, est une indication à une opération précoce. Au contraire un état général très atteint avec localisations multiples graves est une contre-indication souvent formelle.

Les localisations tuberculeuses contemporaines d'une lésion annexielle, contre-indiquent-elles les interventions ?

« Si, disait Trélat, en 1883, ce sont les lésions viscérales qui dominent la scène, il faut s'abstenir de toute opération ; la répartition de ces influences est toujours délicate, souvent difficile, parfois trompeuse. »

A une époque où la chirurgie des annexes n'existait pas encore, cette question des localisations multiples de la tuberculose et de leur curabilité avait déjà suscité bien des écrits.

Aran donnait sa théorie dite du balancement entre l'état du poumon et des organes génitaux. Quand l'un est atteint, l'autre se calme, puis prend la première place, et généralement les malades meurent par le poumon dont l'importance chez l'individu est plus grande. Actuellement, l'état des poumons est celui dont le chirurgien se préoccupe principalement, surtout à cause de l'anesthésie. Cette dernière peut donner un coup de fouet aux lésions pulmonaires. En outre, elle expose à des complications, telles que bronchite, pneumonie, dont la fréquence, encore trop grande, doit être prise en

considération. Cependant, nous ne pensons pas qu'il faille être draconien et proscrire toute intervention chez les sujets présentant une atteinte du poumon. En général, les malades supportent bien l'intervention, à condition que celle-ci soit rapide, et que les lésions pulmonaires ne soient pas trop avancées. Souvent même, et cela se voit dans beaucoup d'autres formes de la tuberculose, l'ablation d'un organe malade a un retentissement heureux sur l'état pulmonaire, à tel point que certains auteurs ont préconisé la castration chez les tuberculeuses pulmonaires comme moyen thérapeutique.

Bien que cette théorie nous paraisse outrancière à un remarquable degré, nous sommes obligés de convenir qu'elle gagne du terrain, sinon sous la forme d'une ablation utéro-ovarienne, du moins sous une forme de principe : la grossesse interdite aux tuberculeuses.

Nous avons vu souvent signaler la rétrocession des lésions pulmonaires après la castration. Celle-ci met la malade dans de bonnes conditions. Elle supprime les règles et les états congestifs menstruels et nous avons plusieurs observations où cet heureux résultat est mentionné (obs. 31 à 37).

OBSERV. 37.

X..., vierge, trente-cinq ans. Se plaint de diarrhée intermittente et de douleur sur le côté droit du bas-ventre. L'examen ne révèle rien de précis ; il provoque un peu de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite. L'opération est justifiée par la persistance de douleurs et l'affaiblissement progressif de la malade.

Tuberculose pulmonaire indubitable.

29 octobre 1906. — Ablation des annexes droites.

L'examen des annexes démontre l'existence de tubercules si nets qu'on n'a pas cru devoir confirmer le diagnostic par un examen histologique.

Mai 1911. — Malade va très bien. Elle peut être considérée comme guérie.

Au sommet *gauche*, il persiste un peu d'obscurité respiratoire, mais on n'y perçoit plus les signes évolutifs qui avaient fait porter le diagnostic ferme de tuberculose pulmonaire.

Il ne faut pas toujours s'attendre à un résultat aussi bon. Le plus souvent, les lésions pulmonaires restent stationnaires au moins un temps plus ou moins long. Quelquefois même, elles n'apparaissent que longtemps après l'intervention.

Souvent, chez ces malades, se trouve une virulence plus grande qui, déjà, s'était traduite par des localisations bacillaires autres que les localisations génitales.

En résumé, l'état des poumons ne devient une contre-indication que lorsqu'ils sont le siège de lésions en activité, de lésions très étendues qui s'accompagnent d'état fébrile, et qui, déjà, ont retenti gravement sur l'état général.

L'épanchement pleural nous paraît une contre-indication formelle.

Ces contre-indications qui ont leur raison dans un état mauvais de l'appareil pleuro-pulmonaire et qui sont peut-être les seules diminuantes, peuvent être diminuées par l'emploi des méthodes d'anesthésie nouvelles : la rachicocaïnisation ou mieux la rachistovaïnisation. Ces méthodes jouissent d'une mauvaise

presse médicale. Elles exposeraient à des accidents immédiats et lointains, très sérieux : méningite, céphalée, paralysies multiples oculaires et pseudotabes tardif. Espérons qu'une technique nouvelle et plus parfaite mettra à l'abri de ces accidents et permettra quelquefois des interventions qu'un état pulmonaire contre-indiquait et dans lesquelles les malades auraient tout à gagner. Ce n'est là qu'un souhait et qu'un espoir.

L'état des autres organes contre-indique rarement l'intervention. Il faut alors que l'on soit en présence d'une tuberculose généralisée et très avancée, dans laquelle reins, poumons, séreuses, intestins sont atteints et où une opération ne donnerait qu'un coup de fouet aux lésions.

Mais, si on a affaire à une malade ayant simplement un peu d'albumine dans les urines, de la diarrhée rebelle, mais chez laquelle l'état général peut résister à une intervention, nous pensons que ces diverses lésions, au même titre que les localisations pulmonaires, peuvent bénéficier de la suppression du foyer annexiel. Telle est l'observation rapportée par Murphy, d'un lupus rebelle de la face guéri après l'hystérectomie.

Quelles sont les indications cliniques qui pousseront le chirurgien à intervenir. Ce sont : le syndrome d'annexite chronique, le signe tumeur, la péritonite chronique, l'ascite, l'état général, et enfin la présence d'une complication.

L'annexite chronique est, en général, considérée comme une indication d'intervenir. Alors que ce principe reste vrai pour les annexites chroniques d'étiologie

banale, il est encore plus vrai pour les annexites tuberculeuses. Pendant quelque temps, on est autorisé à traiter médicalement, mais au bout d'une durée qui ne doit pas être longue, si le traitement ne donne pas de résultat autre que la diminution des douleurs, si les lésions n'ont pas de tendance à rétrocéder vite et complètement, si enfin le diagnostic de tuberculose peut se poser avec certitude, l'opération est indiquée. Attendre plus longtemps, c'est exposer la malade à une intervention plus grave, à voir de nouvelles localisations tuberculeuses se manifester et surtout, et cela a une importance capitale dans certains milieux sociaux, c'est perdre un temps précieux qui n'est en rien compensé par ce que l'on obtient.

Le symptôme **tumeur** est également une indication d'opération, parce qu'il indique la gravité et l'étendue des lésions. Cette tumeur sera quelquefois d'origine péritonéo-intestinale, formée d'anses intestinales prolabées dans le Douglas et adhérentes ; dans d'autres cas, ce sera l'épiploon épaissi formant un volumineux paquet adhérent aux annexes. Le plus souvent on aura affaire à un abcès froid tubaire, à un abcès ovarien, à un pyosalpinx plus ou moins étendu, plus ou moins englobé dans la réaction péritonéale.

Ces diverses constatations permettent de proposer en principe l'intervention. On ne peut, en effet, espérer une régression de lésions aussi étendues par un traitement hygiénique et diététique. D'ailleurs il est bien avéré que toutes les manœuvres que nécessitent les soins locaux ne sont que nuisibles et donnent souvent

des coups de fouet à ces lésions, avec poussées aiguës, élévations thermiques...

La **péritonite chronique** tuberculeuse d'origine annexielle est aussi une indication d'intervenir. Sous toutes ses formes elle démontre l'extension des processus.

La *forme ascitique* constitue une indication de très grande valeur. Elle indique nettement l'origine très probable des lésions, origine, dans la majorité des cas, annexielle. Cette forme peut guérir par le traitement médical, soins généraux, soins locaux : hygiène intestinale, pointes de feu abdominales, cuirasse de collodion, etc. etc. Mais depuis Spencer Well la laparotomie simple a donné de si éclatants succès qu'elle reste toujours un des meilleurs traitements malgré les attaques qui furent dirigées contre elle. Cette laparotomie sera ou non complétée par une salpingectomie uni- ou bilatérale suivant les lésions constatées de visu. Cette méthode mixte a donné d'excellents résultats entre les mains de Bouilly, de Baisch, avec des survies très longues. Citons aussi les cas de Mayo rapportés par Le Roy Bround, le cas de Murphy.

Les mêmes raisons qui font intervenir pour l'ascite sont bonnes pour les autres formes, la péritonite plastique adhésive et la péritonite fibro-caséuse. On ne devra pas espérer des résultats aussi remarquables que dans la forme précédente, surtout si la salpingectomie a complété la laparotomie. Mais à l'heure actuelle, devant les observations sans nombre qui sont rapportées, on a le droit de donner à la malade une chance de guérison, même dans les lésions extrêmement étendues.

Ces lésions ne sont donc pas une contre-indication. Elles peuvent bénéficier d'une laparotomie simple. C'est ensuite que le chirurgien doit bien examiner les lésions en vue d'une opération plus complète.

La présence d'une **complication** peut être souvent une indication opératoire formelle. Nous venons de voir que l'extension péritonéale justifiait la simple laparotomie. Les complications pleuro-pulmonaires, les formes de Fernet sont une contre-indication.

Les lésions utérines tuberculeuses, au contraire, doivent pousser le chirurgien à une thérapeutique chirurgicale plus active, radicale généralement, qui aura le double avantage d'enlever le foyer bacillaire, et surtout de soustraire la malade à toutes les manœuvres intra-utérines qui sont si redoutables. Henckel rapporte un cas où une méningite tuberculeuse succéda à un simple cathétérisme de la cavité utérine.

Les communications anormales, fistules de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, ouverture dans la vessie, ou à la peau, sont autant d'indications opératoires le plus souvent radicales.

Il en est de même lorsqu'il y a coexistence d'une maladie de l'appareil génital et de la tuberculose, kystes de l'ovaire, fibrome, cancer et pyosalpinx ou abcès froid tubaire.

CHAPITRE V

CHOIX DE LA MÉTHODE ET DU PROCÉDÉ

I. — MÉTHODE MÉDICALE

La méthode médicale simple a été appliquée comme unique traitement dans cinq cas. Quatre malades étaient soignées dans la clientèle privée; elles présentaient les conditions qu'exige cette méthode. Le traitement fut celui que nous avons indiqué plus haut, c'est-à-dire le traitement de la tuberculose, bien plus que de la lésion annexielle isolée : repos, alimentation abondante, séjour à la campagne, hiver dans les pays tempérés.

Le traitement local fut également et concurremment institué. Il fut réduit à peu de choses : injections chaudes, lavements chauds. En effet, les malades atteintes de tuberculose annexielle supportent très mal la columnisation; les mèches, les tampons n'ont aucune influence. Ils aident à la résorption des lésions banales qui accompagnent la tuberculose, puis ils n'ont plus aucune action. Ils sont même nuisibles par le traumatisme qu'ils occasionnent sans cesse.

Aucune ne subit d'une façon exclusive le traitement actuellement en vogue : nous voulons parler des tuberculines et de l'héliothérapie. Cependant, pour cette dernière méthode, nous citerons à cette place deux

observations prouvant le rôle utile qu'elle peut avoir dans un traitement bien conduit et l'influence heureuse qui peut parfois en résulter :

OBSERV. 35.

M^{me} R..., vingt-trois ans. Opérée le 7 juin 1911. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pelvis rempli par une masse principale représentant un gros abcès tuberculeux de l'ovaire droit, transformé en caverne avec plusieurs loges distinctes, entraînant le ligament large dans sa bascule en arrière et faisant corps avec le péritoine pariétal. Décortication laborieuse de cet ovaire dont plusieurs poches crèvent au cours de cette ablation. Ablation bilatérale des annexes. L'utérus qui paraît sain est laissé en place. Il reste contre le sinus recto-pelvien droit un magma caséux représentant l'envahissement de la paroi postérieure par les lésions ovariennes. On fait un curetage léger qui n'enlève pas tout. Toilette à l'eau oxygénée. Drainage abdomino-vaginal avec mèche et drain.

Suites premières simples et satisfaisantes. Quelquefois la température monte à 38 degrés. Pas d'état péritonéal.

Au bout de quinze jours, alors qu'on avait enlevé tout drainage, apparurent des douleurs profondes pelviennes, avec écoulement séro-sanguinolent par l'orifice vaginal resté ouvert après la fermeture de l'orifice abdominal. Malgré les pansements locaux pelviens : injections, beaume du Pérou, huile goménolée, cet empâtement et cet écoulement persistent.

A ce moment, on eut l'idée d'essayer l'héliothérapie particulièrement facile cette année. Pendant un mois, on fit de l'insolation intensive sur les membres inférieurs d'abord puis sur toute la région ombilico-pelvienne.

La malade accuse un relèvement rapide de l'état général; augmentation de l'appétit; en un mois, elle prend 4 kilogrammes et, à la fin de septembre 1911, les cicatrices sont parfaites depuis plusieurs semaines. La malade,

à ce moment, a repris 7 kilogrammes, elle est dans un état excellent, général et local.

Revue à la fin novembre 1911, M^{me} R... a repris 14 kilogrammes et se porte admirablement.

Cette observation, qui a le mérite d'avoir un contrôle histologique, montre les bons effets de l'héliothérapie. Nous sommes bien plus tenté de placer la cause vraie de la guérison dans l'intervention, mais l'insolation fut un complément particulièrement heureux.

Une deuxième observation nous montre aussi les bons effets de cette cure par le soleil et l'aide puissante qu'on peut en tirer :

OBSERVATION due à l'obligeance de M. Nové-Josserand.

M^{lle} X... Régée à treize ans, régulièrement sans douleurs. A quatorze ans, ostéo-arthrite du poignet droit avec abcès.

Réséction isolée du trapèze, suivie d'une guérison complète avec retour de la fonction.

A seize ans (1907). — Poussées douloureuses abdominales avec température, sans vomissements. On eut la sensation d'un plastron occupant la fosse iliaque gauche qui disparut au bout de quelques jours. Le toucher rectal ne dénotait rien de volumineux. La tuméfaction paraissait de peu d'épaisseur et plaquée contre la paroi abdominale. Bonne santé pendant plusieurs mois.

A la fin de 1907. Légère poussée abdominale. Puis bonne santé pendant deux années. Constipation opiniâtre.

1907. — Nouvelle crise.

1911 (janvier). — Troisième crise. Douleurs très vives. On constate une collection nettement fluctuante, étendue du pubis jusqu'à l'ombilic à gauche de la ligne médiane. Pas de fièvre, pas de vomissement. Au bout de trois à quatre jours, la collection liquide disparaît assez brusque-

ment et on peut sentir une grosse masse pelvienne qui atteint le volume de deux poings, masse facilement perceptible par le toucher rectal, dure, immobile, non fluctuante.

17 février 1911. — *Laparotomie exploratrice*. Le petit bassin est rempli par une masse englobant l'utérus, les annexes, le gros intestin et fixée de toutes parts à la paroi pelvienne.

A la suite de cette simple laparotomie, il se fait une grande amélioration de l'état général. La malade engraisse, ne ressentit plus aucune douleur, les fonctions intestinales se régularisèrent, mais la masse persista.

13 octobre. — Huit mois après l'opération, on sent encore du côté gauche une masse du volume du poing, remontant jusqu'à l'ombilic et descendant peu vers le bassin.

11 novembre. — Héliothérapie dans le Midi.

28 décembre. — La tuméfaction a beaucoup diminué, surtout de consistance. Elle donne maintenant la sensation d'un empatement vague sans limites précises qui ne remonte pas jusqu'à l'ombilic et qui, en dehors, atteint à peine le bord libre du droit. L'état général est excellent. Toujours une certaine tendance à la constipation.

Trois autres malades traitées médicalement présentaient des formes anatomiques variées de tuberculose annexielle : pyosalpinx, salpingite, poussées péritonéales. Toutes trois sont en bon état. L'une est soignée depuis huit ans, une autre depuis quatre ans, la troisième depuis deux ans.

On nous objectera que la nature bacillaire des lésions n'est rien moins que certaine. On ne peut l'affirmer, puisqu'il manque le contrôle du microscope ou d'une inoculation ; mais nous avons choisi ces malades comme exemple du traitement médical, parce que leur état général, d'autres localisations tuberculeuses,

l'absence de tout passé génital, l'allure des lésions, autorisaient à poser ce diagnostic.

Or, toutes trois vont bien; une va se marier, l'autre a eu une fausse couche.

OBSERV. 3.

M^{me} R...

En 1902, un chirurgien diagnostique une tuberculose annexielle.

Revue en 1908. — Règles irrégulières. Pertes blanches. Stérilité. Tuberculose pulmonaire et ganglionnaire.

On institue un traitement médical. Vie au grand air. Repos. Suralimentation.

1911. — Malade va bien. On sent encore une petite nodosité à droite et un léger empâtement à gauche.

20 novembre 1911. — Enceinte de un mois et demi.

25 novembre 1911. — Fausse couche.

Une seule malade traitée médicalement mourut.

OBSERV. 2.

Marie-Jeanne M..., vingt et un ans. Lésions annexielles diagnostiquées le 18 février 1905. La malade refuse d'entrer à l'hôpital, elle repousse toute idée d'intervention. On lui donne une ordonnance avec un traitement médical à faire chez elle. Elle meurt en 1908, de tuberculose généralisée, pulmonaire, rénale, etc.

Cette manière d'être du traitement médical, si nous nous en tenions là, serait funeste à la cause chirurgicale. En effet, sur cinq malades, quatre ont une santé relativement bonne.

Mais ces quatre malades appartiennent à un milieu social privilégié; elles peuvent facilement accomplir

tous les rites d'une thérapeutique médicale, et leur santé, qui semble bonne, ne s'accommoderait cependant point d'un travail un peu pénible ou simplement d'une vie active. Et puis, surtout, en feuilletant les observations, il n'en est peut-être pas une où l'on ne voit que ce traitement médical n'ait été institué, et pour, dans l'immense majorité des cas, en arriver à une opération que cette perte de temps a rendue difficile.

Nous savons bien que la tuberculose annexielle peut guérir. Pourquoi ferait-elle exception ? Les autopsies montrent de temps en temps des trompes cicatrisées, ou fixées dans une forme de tuberculose latente qui ressemble à une guérison. Il n'en est pas moins vrai que, presque toujours, le traitement médical va à un échec. Il n'a, à nos yeux, qu'une raison d'être : celui de permettre d'attendre quelque temps, de laisser les lésions se refroidir, les crises péritonéales se calmer et de mettre les malades dans l'état le plus favorable pour une intervention.

II. — DU CHOIX DU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

Y a-t-il un procédé de choix dans le traitement de la tuberculose annexielle ? Il y eut un temps où les chirurgiens répondaient affirmativement. La localisation du bacille de Koch sur les annexes était justiciable d'un seul traitement, d'un seul procédé opératoire : la castration totale avec hystérectomie. A mesure que les idées conservatrices faisaient leur apparition et gagnaient du terrain, dans le domaine du traitement des annexites chroniques, elles avaient leur retentisse-

ment sur la thérapeutique de la tuberculose annexielle, parce que le diagnostic différentiel est très souvent difficile, souvent même il n'est pas posé ; parce qu'il faut suivre longtemps les malades avant l'opération pour bien voir la stabilité des lésions et surtout parce que la seule constatation qui permette d'affirmer la tuberculose est post-opératoire : c'est la préparation microscopique ou l'inoculation. En face des partisans de la suppression large et radicale, comme Faure, Pozzi, Roux, Lenormant, Routier, l'école conservatrice se dresse, avec elle aussi des résultats remarquables, donnés par Veit, Tomson, Rives. Nous avons, de notre côté, retrouvé 33 malades ayant subi les opérations conservatrices par voie vaginale ou abdominale.

Nous ignorons ce que sont devenues 7 de ces malades. 4 sont mortes et 18 vivantes.

Mais avant de nous engager dans cette discussion toujours ouverte et actuellement si passionnante entre conservateurs et radicaux, il nous faut dire quelques mots sur les voies d'abord des lésions.

III. — LES OPÉRATIONS PAR VOIE VAGINALE

La voie vaginale ne compte plus que de rares partisans. Défendue par Condamin dans plusieurs thèses et par des communications à la Société de Chirurgie de Lyon (1905-1911) elle perd du terrain et, après les discussions sans nombre qu'elle a suscitées, il semble bien qu'elle doive être abandonnée ou du moins réservée à quelques cas très spéciaux.

Ses avantages sont de deux ordres : la rapidité

d'exécution et le fait qu'elle n'occasionne généralement aucun shock opératoire. En outre elle donne un drainage parfait. Ces avantages sont réels, mais combien ils ont peu de chose à côté des inconvénients. La rapidité et l'absence du shock sont toujours les caractéristiques de la voie vaginale. Mais les opérations par voie abdominale donnent un drainage tout aussi efficace et moins dangereux que le drainage vaginal sous-péritonéal.

Les opérations vaginales sont, à notre avis, plus difficiles que les opérations par voie haute. Elles ont une apparence de facilité qui est le fait d'une grande habitude individuelle de se repérer dans le bassin et d'une éducation particulière.

C'est une méthode aveugle, opposée à toute la chirurgie moderne, de lumière et de jour. Elle ne permet pas de voir les lésions, leur étendue, leurs complications, leur forme anatomique. Elle expose à des dangers très grands du côté de l'intestin, qui peut être déchiré, perforé, sectionné même, quand il est fixé dans le Douglas. Ces dangers ont été signalés partout.

En 1891, Second publiait le cas d'une malade à qui il fit une hystérectomie vaginale et chez qui une perforation intestinale amena une issue fatale. Nombreuses furent les opérées chez lesquelles une semblable éventualité a du se produire; en tous cas, nombreuses sont les fistules intestinales qui reconnaissent cette pathogénie.

OBSERV. 106.

P... M., dix-sept ans, stérile, règles irrégulières, abondantes.

Septembre 1904. — Colpotomie. Ablation des annexes droites. Section d'une anse grêle.

Jours suivants. — Fistule du grêle.

14 octobre 1904. — Fistule complète, rien ne passe par le rectum.

20 octobre 1904. — Laparotomie sous-ombilicale. Résection de l'anse fistuleuse. Bouton de Jaboulay. Drainage abdomino-vaginal.

27 octobre. — Bouton évacué par le vagin, ablation des mèches. Large fistule à la fois vaginale et abdominale.

OBSERV. 71.

M... C., vingt-trois ans. Opérée le 21 mai 1907. Pfannenstiël. Une anse grêle descendait dans le Douglas où elle était fixée fortement. Pour éviter le décollement séreux et les lésions intestinales, on laisse cette anse en place, mais on pratique une anastomose sur les deux chefs pour éviter une occlusion possible.

Nous avons rapporté cette observation pour montrer le danger de la colpotomie. L'anse grêle ainsi fixée courrait de grandes chances d'être sectionnée et de nécessiter des opérations abdominales toujours graves.

Dans un autre ordre d'idée, on est tenté, quand on fait une opération vaginale, d'être conservateur. On croit souvent avoir affaire à une ovarite banale et la constatation des lésions péritonéales ne montre pas la nature vraie de l'affection.

Il devient très difficile de juger, de savoir ce qu'il faut enlever, où il faut limiter l'opération et d'être conservateur si on en a vraiment le droit. Enfin par cette voie, si on s'adresse aux trompes, il est presque impossible de les enlever en entier avec certitude. On s'expose à des fistules, à des suppurations intarissables.

Ces suppurations sont caractéristiques de la tuberculose. Alors que la simple colpotomie ou l'ablation d'annexes amène une guérison rapide dans les salpingo-ovarites banales, il semble que cette méthode doit être ici vouée à l'insuccès. Enfin elle ne paraît pas avoir de vertu curative par elle-même comme la laparotomie simple. Alors que celle-ci peut causer la guérison d'une péritonite tuberculeuse concomitante à une lésion annexielle, la colpotomie ne semble pas avoir eu le même avantage, bien qu'en ait dit Daclin.

Dans les observations que nous avons recherchées, nous n'avons trouvé qu'un nombre relativement restreint d'interventions par cette voie. Déjà la laparotomie avait rallié tous les chirurgiens.

Seize malades seulement subirent les différents procédés : colpotomie, ablation d'annexes, hystérectomie.

Parmi ces 16 malades, 12 durent être réopérées par voie haute. C'est là un fait qui suffit pour montrer la conduite à tenir. Chez l'une de ces 12 malades on fit une laparotomie simple qui fit voir une péritonite tuberculeuse généralisée. Le résultat fut excellent. Cette malade vit, et sa santé est très bonne. Chez les 11 autres femmes qu'on dut reprendre par la voie abdominale, on fit des opérations complètes; c'est seulement après cette deuxième intervention que la guérison survint (obs. 10, 18, 23, 52, 59, 64, 67, 74, 76, 87, 116, 117). Pour les observations 116 et 117, nous ne voulons parler que de leur état à la sortie de l'hôpital. Il nous a été impossible de les retrouver après le deuxième séjour.

Quatre malades seulement furent opérées par la voie vaginale sans participation d'autres méthodes.

OBSERV. 7.

Aug. M., vingt et un ans, état général mauvais. Opérée en novembre 1902. Volumineuse tuméfaction gauche. Colpotomie simple.

1904. — La malade meurt à la fin de l'année 1904 de tuberculose péritonéo-annexielle et pulmonaire. Survie deux ans.

La colpotomie nous apparaît comme une opération insuffisante et à rejeter (A. Pollosson, Laroyenne, Bertrand).

OBSERV. 6.

M^{me} C...

Avril 1901. — Colpotomie, insuccès.

Juillet 1901. — Ablation des annexes gauches.

1903. — Guérison complète, rien aux annexes droites. Anémie.

1908. — Adénite cervicale.

Janvier 1909. — Phlébite gauche, crises d'asthme.

1911. — La santé paraît complètement rétablie. Rien à signaler comme lésions génitales.

OBSERV. 7.

Novembre et décembre 1902. — Début brusque à forme péritonéale.

Columnisation, drainage; aucun résultat.

7 février 1903. — Colpotomie, ablation d'un ovaire scléro-kystique.

4 avril. — Tuberculose pulmonaire, l'état pelvien est bon.

Traitement médical pendant tout l'été.

7 septembre. — Ablation de l'ovaire restant.

18 décembre. — Masse dans le petit bassin de chaque côté.

29 décembre. — Troisième colpotomie, ablation bilatérale des trompes.

Août 1909. — La malade revient pour des métrorragies abondantes, état général bon.

26 août 1909. — Hystérectomie vaginale.

Décembre 1911. — La malade va bien.

OBSERV. 9.

31 juillet 1906. — Colpotomie.

Juillet 1906. — Ablation bilatérale des annexes.

Début 1907. — Néphrite, anasarque, albuminurie massive.

Septembre 1911. — La malade s'est rétablie progressivement, actuellement on perçoit au toucher les moignons annexiels durs, fibreux. Etat général bon. L'albuminurie persiste, légère, sans signe de brighthime.

Embonpoint.

Ces trois malades ont une santé actuellement satisfaisante. Mais leurs observations démontrent bien que la voie vaginale doit être abandonnée. Toutes trois furent colpotomisées sans succès ; leur convalescence fut longue, retentissant sur l'état général. L'une d'elles (obs. 8) est un succès très remarquable. Mais à quel prix ! Elle subit quatre interventions. Une première opération par voie haute eut épargné bien des angoisses à la malade et bien des peines au chirurgien.

La voie vaginale conserve cependant encore quelques indications. Dans l'observation de M. Bérard, déjà rapportée, où un épanchement du Douglas comprimait le rectum et donnait des phénomènes d'occlusion, une

colpotomie donna issue à ce liquide, rétablit la perméabilité de l'intestin et permit à la malade d'attendre quelque jours son intervention curative.

Dans les *infections surajoutées*, avec température élevée, retentissement, pelvi-péritonite, avec symptôme d'une infection grave, collection pelvienne, une colpotomie est indiquée. Elle donne une voie de drainage excellente, elle vide les collections, elle pare aux accidents graves qui sont menaçants. Elle est rapide, demande une anesthésie courte, légère, faite au Kélen.

Mais elle ne s'adresse plus à la tuberculose qui passe au second plan.

IV. — OPÉRATION PAR VOIE ABDOMINALE

La voie abdominale est la voie de choix. Actuellement, la discussion paraît close. Nous venons de parler des indications très restreintes où la voie vaginale peut encore être suivie. Pour la tuberculose, il en a été comme pour la gynécologie en général. Depuis 1906, toutes les malades opérées le furent par la voie haute.

Faure, Pozzi, Thomson, Murphy, M^{lle} Gorowitz, Lenormant, Tessier, s'étaient faits les défenseurs de cette voie à une époque où la division existait encore. A Lyon, nos maîtres sont unanimes, la voie abdominale est uniquement employée : Pollosson (thèses Martin, Rémy, Volle), Albertin (thèse Bertrand), Tixier (*Lyon médical*, 1905), Bérard, Gayet (*Lyon médical*, 1911), Jaboulay (*Lyon médical*, 1905). Elle seule permet de voir les lésions, de bien propor-

tionner la méthode, la technique, l'effort, de garder une sage réserve.

Nous avons déjà indiqué quels étaient les divers procédés que cette voie mettait à notre disposition. Quelles opérations vaut-il le mieux faire ? Y a-t-il une intervention de choix ? Non. La tuberculose annexielle avec ses formes variées, multiples, à allure rapide ou torpide, demande des modes opératoires divers depuis la simple laparotomie jusqu'à l'hystérectomie totale, avec un facteur important qui est l'habileté particulière du chirurgien, sa familiarité avec le petit bassin, sa connaissance plus ou moins approfondie de toutes les ressources de l'art chirurgical gynécologique.

Pour bien étudier ce qu'il convient de faire, il est nécessaire de nous mettre à la place du chirurgien qui vient d'ouvrir la paroi. Il a sous les yeux les lésions. Se bornera-t-il à la simple laparotomie ? Ira-t-il plus loin ? sera-t-il conservateur ? sera-t-il radical ?

V. — LAPAROTOMIE SIMPLE

La laparotomie simple fut le premier traitement chirurgical appliqué à la tuberculose annexielle. Mais il faut bien dire qu'il ne s'adressait pas à cette localisation, mais à la péritonite tuberculeuse. Lorsque Bouilly eut montré, en 1895, le grand rôle étiologique joué par la tuberculose annexielle dans l'ascite, le procédé perdit de son crédit. Il céda le pas à une opération plus complète s'adressant aux organes génitaux.

Actuellement, on peut dire que les cas qui réclament ce procédé opératoire sont aux extrêmes de la gravité :

d'une part, les cas tout à fait favorables; d'autre part, les cas très graves.

Lorsque, la cavité abdominale étant ouverte et les lésions sous les yeux, on a affaire à une simple ascite, peu ou pas cloisonnée, et que, le liquide étant retiré, on s'aperçoit que cet épanchement est dû à quelques granulations sur le pavillon tubaire; si, comme cela se voit souvent, la malade est une femme jeune, le chirurgien aura une invincible répugnance à pratiquer la castration. Les lésions si minimales, l'aspect de santé parfois très bon, la jeunesse feront espérer un succès par simple laparotomie.

Il se produira quelquefois des guérisons et l'intervention aura été justifiée. Cependant des faits ont prouvé que cette guérison n'était que provisoire.

L'ascite guérie momentanément, pendant même quelques mois, reparaît, et cette évolution est assez fréquente pour que certains chirurgiens conseillent une opération plus complète : l'ablation systématique des trompes. Ce n'est qu'après cette ablation que les malades seraient guéries.

En 1884, Feruet conseille de traiter la tuberculose génitale coexistante par des moyens chirurgicaux énergiques, alors que König conseille la laparotomie méthodique.

En 1889, au Congrès de chirurgie, Labbé, Broca, Terrillon recommandent d'enlever les trompes tuberculeuses.

En 1890, M. Pic est peu interventionniste dans les cas de péritonite très étendue. Aussi conseille-t-il l'opération précoce. Il rapporte 23 observations, avec

13 guérisons qui répondent aux cas où les annexes furent enlevées.

En 1896, Nélaton doit enlever une trompe chez une jeune femme à qui, en 1890, Terrillon avait fait une laparotomie simple.

La même année, à la Société de chirurgie, Walther cite un cas semblable.

Les statistiques sont probantes : Bouilly opère 12 malades, laparotomie avec salpingectomie, il y a 12 guérisons. Murphy, Mayo insistent sur ce traitement. Mayo, devant la récidence si fréquente, pose en principe la salpingectomie uni- ou bilatérale, suivant l'intégrité d'une trompe ou la bilatéralité des lésions. Il opère ainsi 26 malades avec 25 succès et parmi les malades dont il rapporte l'observation, quelques-unes avaient subi plusieurs laparotomies : aussi croyons-nous que l'ascite n'est pas, autant qu'on le pense, une indication à des opérations conservatrices au plus haut point, comme la laparotomie simple, mais qu'elle demande au contraire une thérapeutique plus active.

Selon nous, la véritable indication de la laparotomie simple se voit, au contraire, à l'autre extrémité de l'échelle de la gravité. Nous avons montré les dangers qui accompagnent les grands délabrements péritonéaux. Les complications les plus redoutables, parfois mortelles, peuvent avoir leur cause dans un acte opératoire trop compliqué, trop long, avec décollements intestinaux, déchirure des tuniques, pelure des anses, ou simplement ouverture de poches péritonéales plus ou moins infectées. Dans ce cas il vaut mieux s'arrêter. Une péritonite tuberculeuse d'origine annexielle ou

autre bénéficiera toujours d'une laparotomie. Celle-ci, à notre avis, est indiquée, car il est pour ainsi dire impossible de savoir d'avance l'étendue exacte des lésions et si l'on pourra faire mieux qu'une simple ouverture. D'ailleurs, dans tous les cas que nous avons trouvés, c'était toujours en vue d'une cure radicale que le chirurgien intervenait. Mais il reculait devant l'étendue des lésions. Ce sont là les véritables cas où ce mode de traitement s'impose. Impossibilité d'aller plus avant : danger des manœuvres, déclivage, espérance dans la nature médicatrice aidée par l'exposition à l'air, telles sont les règles qui doivent guider. Souvent les résultats dépasseront toutes atteintes, comme dans les cas de Marcy, Begouin, Thédenat, Beuvignon.

Voici quelques observations à ce sujet :

OBSERV. 10.

Z... En mai 1911. Colpotomie. Issue de 150 grammes de pus, salpingectomie unilatérale par voie vaginale.

Quelques jours plus tard, laparotomie simple. On se borne à cela devant l'intensité de la péritonite tuberculeuse.

Dans les jours qui suivent, la malade présente quelques signes de méningite qui disparaissent très vite.

Revue le 16 décembre 1911, la malade va admirablement. Le ventre est souple, elle a engraisé de 11 kilogrammes, et mène une vie normale. Survie de six mois.

OBSERV. 13.

Annette B..., trente ans. Cystite en 1897. Entre le 19 mars 1910. Souffre beaucoup dans le bas-ventre. Coliques très douloureuses. Amaigrissement. Etat général mauvais.

Opérée le 1^{er} avril 1910. Tuberculose pelvienne généralisée. Laparotomie simple.

Sort le 30 avril 1910, très améliorée.

Revient le 30 août 1911 pour hématurie. Cystite intense.

Elle part guérie le 21 octobre 1911.

Revue le 15 novembre 1911. Pas de pollakiurie, sauf le matin. Urines claires, sans albumine.

Toucher très peu douloureux. Quelquefois le ventre est spontanément douloureux, mais peu.

Etat général amélioré. Les lésions pelviennes ne se sont pas sensiblement modifiées. La survie est d'un an et demi.

OBSERV. 14.

H. R .., vingt-deux ans, opérée le 21 juillet 1910.

Laparotomie simple. Péritoine extrêmement épaissi, adhérent partout. Anses intestinales agglomérées, couvertes de végétations coralliformes et de granulations. Devant l'intensité des lésions, on s'en tient là.

Revue le 15 novembre 1911. L'état général et local a considérablement empiré. Après une période d'amélioration dura quelques mois, une aggravation nette se manifesta. Actuellement, le principal symptôme est la douleur dans le bas-ventre, douleur insupportable, au dire de la malade. La survie est d'un an et demi.

OBSERV. 12.

Femme de trente-cinq ans. Tuberculose annexielle. Volumineuse tumeur inflammatoire plongeant dans la fosse iliaque droite, adhérente aux annexes, et formée par l'épiploon. Laparotomie simple.

Guérison. Quelque temps après, il est impossible de trouver trace de la tumeur.

Revue le 4 novembre 1911. La guérison se maintient. La survie est de deux ans et demi.

OBSERV. 11.

Julie-Marie G..., dix-neuf ans. Règles irrégulières. Sté-

rité. Pertes blanches abondantes. Grosses lésions péritonéo-annexielles, coulée de ciment.

3 février 1906. — Ablation bilatérale des annexes.

28 avril. — Revient à cause de l'intensité des douleurs abdominales. Grosse masse abdominale, probablement de généralisation tuberculeuse. Etat général bon.

6 juin. — Mêmes symptômes. Gros gâteaux péritonéaux. Laparotomie simple. Péritoine parsemé de granulations.

10 janvier 1907. — Les phénomènes douloureux sont toujours au premier plan des symptômes. Etat général très atteint.

1^{er} décembre 1911. — Depuis la dernière intervention, a eu des crises très fortes, douloureuses ; périodes aiguës.

Actuellement, elle va relativement bien, ne souffre plus. Elle a des pertes blanches très abondantes ; cependant, elle trouve la vie supportable. Survie de six ans.

Nous avons réuni ces observations parce qu'elles montrent deux faits. D'abord ce fait que la laparotomie même avec ablation des trompes n'a pas, dans la forme fibro-caséuse, les mêmes effets que dans la forme ascitique, et ensuite ce deuxième fait que la laparotomie simple a certainement un effet, parfois puissant, quelquefois curateur sur les lésions péritonéales, mais qu'elle n'agit presque pas sur les lésions annexielles, sauf si celles-ci sont localisées à la séreuse. Le cas du Dr Blanc, qui se termine de si heureuse manière, rentre lui aussi dans ces idées. La grosse réaction péritonéale épiploïque qui formait tumeur disparaît complètement à la suite d'une simple laparotomie ; mais tout nous permet de croire que les lésions annexielles, causes primitives de la réaction péritonéale, étaient bien minimes. Tous les autres cas indiquent un

mieux sensible post-opératoire avec bientôt continuation de l'évolution. Cependant les survies sont assez longues pour autoriser ce mode de traitement qui peut donner deux satisfactions au chirurgien, celle de lui montrer que parfois une opération plus étendue, qu'il croyait impossible, est relativement facile, et aussi celle de voir de temps en temps une guérison inespérée.

VI. — LES OPÉRATIONS CONSERVATRICES

Les succès que les opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites d'étiologie puerpérale ou blennorragique ont donnés à ceux qui les ont essayées, ont eu leur retentissement dans le domaine de la tuberculose.

Autrefois, la formule était unique : elle résumait tout le traitement de la tuberculose annexielle et même génitale, c'était le procédé radical, la castration totale. En 1902, Faure disait qu'il « ne fallait jamais laisser
« un foyer de tuberculose annexielle, qu'il devait être
« extirpé largement. C'est le principe fondamental
« d'une thérapeutique efficace. Il faut sacrifier tout ce
« qui est suspect. La chirurgie conservatrice ne doit
« jamais exister en tuberculose. L'utérus doit toujours
« être enlevé, il ne servirait qu'à être le siège d'une
« inguérissable métrite, il serait dangereux. »

Cependant, il n'était pas absolu et ajoutait :

« Evidemment, si les annexes d'un côté sont seules
« malades, on se gardera bien de toucher à celles du
« côté opposé et on conservera l'utérus. »

Depuis 1884, les partisans des opérations conservatrices apportaient leurs statistiques, montraient les cas heureux qui avaient été enregistrés, et aussi que, dans la majorité des cas, cette méthode n'était pas plus grave que la méthode radicale. Aussi, Terrillon, en 1885, Tillaux, en 1894, s'élevèrent-ils contre la fréquence des castrations.

Les écrivains allemands et américains firent surtout beaucoup pour la cause. Martin, Skutsch, Polk apportent d'excellents résultats. Burrage cite 137 observations, et de Rouville, en France, 130. Dans plusieurs cas, il y a des grossesses consécutives ; les guérisons définitives sont très nombreuses ; les récidives ne le furent pas assez pour enrayer la marche des idées.

Malheureusement, bien souvent, dans tous les travaux parus, il est assez difficile de se rendre compte de la nature des lésions et de leur étiologie. En est-il de la tuberculose comme des autres infections ? A-t-on le droit d'être conservateur ?

M^{lle} Gorowitz, en 1900, rapporte 12 observations de Bouilly parmi lesquelles 11 laparotomies avec ablation d'annexes, avec une seule malade reprise pour fistule.

11 guérisons opératoires, et éloignées, avec des survies s'étageant de 9 à 2 ans.

Veit, en 1902, dit que la tuberculose annexielle peut guérir au même titre que les autres localisations.

Lea et Fitzgerald, en 1905, dans une discussion rapportée dans *North of England obstetrical and gynaecological Society*, se rangent à la cause conservatrice : ils laissent — et disent que cette conduite est

préférable — l'ovaire et l'utérus toutes les fois que cela est possible.

Thomson, en 1904, rapporte 5 observations et écrit qu'il faut être sobre d'interventions chirurgicales. Lorsque l'opération s'impose, elle doit être conservatrice et n'intéresser que les organes présentant des lésions tuberculeuses.

Baisch, Jonas n'opèrent les ovaires que le plus rarement possible et seulement si la ménopause est proche. Simmonds est du même avis, car l'ovaire est très résistant à la tuberculose.

Rives, en 1909, écrit que le temps s'éloigne où l'on enseignait que tout foyer tuberculeux doit être enlevé largement et qu'il faut tenir compte des efforts organiques vers la guérison et la réparation : « il faut aider la nature sans vouloir la suppléer ou la violenter. »

En 1911, Vauverts et Pauc, à propos des abcès froids tubaires, s'élèvent contre les règles thérapeutiques d'Albertin et Bertrand et défendent la thèse conservatrice. Si les lésions sont bilatérales et si l'utérus est atteint, ces auteurs pratiquent l'hystérectomie. En dehors de ces deux conditions, l'hystérectomie ne présente aucun avantage et constitue une complication inutile de l'acte chirurgical.

Nous avons réuni dans ce travail 22 observations complètes, où fut faite une opération conservatrice. Ces observations vont inclusivement du numéro 16 au numéro 37. Quatre de ces opérées sont mortes, deux dans la période opératoire, de péritonite (nos 26 et 27) et sans que le procédé paraisse être pour quelque chose dans cette complication ; deux autres sont mortes tar-

divement six mois après l'intervention, l'une de tuberculose pulmonaire (n° 25).

Les 18 malades actuellement vivantes se répartissent en deux groupes : un premier groupe comprenant 5 malades auxquelles seul l'utérus fut laissé ; un deuxième groupe comprenant 13 malades chez qui fut faite une opération véritablement conservatrice, c'est-à-dire ayant le but de conserver une fonction.

Voici les observations du premier groupe :

OBSERV. 18.

Alice L..., dix-sept ans, opérée par voie vaginale le 20 septembre 1902 et ablation de la trompe gauche et de l'ovaire droit.

Les règles continuent à apparaître. Elles sont douloureuses et abondantes. Pertes blanches.

7 avril 1903. — Laparotomie. Ablation de l'ovaire gauche et du moignon de la trompe ; ablation de la trompe droite (pyosalpinx).

L'utérus est laissé en place.

23 juillet. — Quitte le service. Petite fistule pyale vaginale.

1911. — Malade non revue personnellement. Va bien comme santé générale. Survie de neuf ans.

OBSERV. 22.

Louise O..., vingt-cinq ans. Début aigu.

23 novembre 1904. — Laparotomie. Ablation bilatérale des annexes.

21 novembre 1911. — Revue six ans après l'opération, la malade va très bien. Elle a engraisé de 20 kilogrammes et peut travailler normalement. Elle ne tousse pas, ne souffre jamais et n'a pas de pertes blanches. Survie de sept ans.

OBSERV. 29.

3 juin 1908. — Annexite bacillaire. Grosse extension péritonéale. Ablation bilatérale des annexes.

14 octobre 1908. — Décès. Cause indéterminée.

OBSERV. 31.

X..., vingt-quatre ans, vierge. Bacilliose pulmonaire. Température.

28 octobre 1908. — Laparotomie. Adhérences massives agglomérant toute la partie sous-ombilicale de la cavité abdominale. Annexes droites enlevées ; abcès de l'ovaire ; pyosalpinx. Ablation des annexes gauches. Poche de pelvi-péritonite enkystée.

L'opération ayant été très difficile et la malade paraissant assez affaiblie, on termine et on laisse l'utérus qui est encastré dans un ciment d'adhérences.

Drainage abdominal par drain et mèche.

Janvier 1909. — La malade va bien. Elle a pris 10 kilogrammes. Les douleurs ont totalement cessé, ainsi que la fièvre. Ne se fatigue pas rapidement et ne tousse pas. L'état général est excellent.

1911. — Ce résultat se maintient. La malade est mariée. Elle a engraisé de 22 kilogrammes et se porte admirablement.

Elle a quelquefois des poussées congestives donnant des pertes rouges très irrégulières et légères. Survie trois ans.

OBSERV. 33.

M... J..., opérée en mai 1909. Tuberculose éteinte des trompes. Kystes bilatéraux des ovaires sans lésions tuberculeuses microscopiques. Ablation bilatérale des annexes. On laisse l'utérus.

Fin novembre 1911. — Va admirablement. Les douleurs ont complètement cessé. Quelques troubles de la castration. Pas de pertes blanches. Survie de deux ans et demi.

OBSERV. 35.

7 juin 1911. — Ablation bilatérale des annexes. Absès de l'ovaire. Salpingite tuberculeuse bilatérale. L'utérus, petit, paraît sain. On le laisse en place.

Les suites opératoires furent d'abord excellentes, puis un empâtement profond, douloureux, reparaît. On fait un mois d'insolation.

10 novembre 1911. — La malade a repris 14 kilogrammes. Son état est parfait. Aucune douleur, soit spontanée, soit par le toucher.

Comme on le voit, les résultats de ces interventions sont excellents. Une seule malade est morte six mois après l'intervention. Les autres jouissent d'une bonne santé. Il ne semble pas que l'utérus ainsi abandonné soit une source d'ennuis actuels pour la malade. Aucune ne se plaint de souffrir; elles n'ont pas de pertes blanches et cependant, comme on le voit par l'exposé des observations, les formes où ces opérations furent faites étaient graves, puisque deux fois on laissa l'utérus en place à cause des difficultés et de la durée de l'acte opératoire, de la faiblesse de la malade qui en était le résultat. Quoi qu'il en soit, les résultats sont bons et cela semblerait donner raison à Vanverts et Paucot qui considèrent l'ablation d'un utérus sain comme une complication opératoire.

Cependant, nous faisons à cette méthode le reproche de n'être pas logique. En effet, qu'est-ce qu'un utérus sans les trompes et sans les ovaires surtout? Un organe complètement inutile, nuisible même. Souvent il est difficile de savoir s'il est atteint de tuberculose et l'avenir peut réserver des surprises aux malades.

Autant nous comprenons que l'on laisse en place un utérus accompagné d'un ovaire afin de sauvegarder la fonction menstruelle, autant nous ne comprenons pas le fait de laisser l'utérus seul. Cela facilite-t-il l'opération? Nous croyons que, en général, elle devient plus difficile. Il peut y avoir des cas où le simple fait de découvrir les annexes ait demandé tant de temps et d'efforts que l'on ne s'occupe pas de l'utérus. Mais, en règle générale, l'ablation de la matrice facilite singulièrement les opérations sur les annexes en permettant les différents procédés grâce auxquels on peut aborder les lésions par leur côté clivable.

En nous plaçant à un autre point de vue, il est bien évident qu'en l'état actuel de la chirurgie conservatrice, il ne faut pratiquer celle-ci que dans les cas relativement bénins, unilatéraux, où la fonction peut être respectée.

C'est par là même rejeter la conservation du seul utérus.

Comme nous venons de le dire, les résultats sont très bons; d'un autre côté, la tuberculose de l'utérus est beaucoup plus rare qu'on ne le pense, témoin les examens histologiques qui, bien souvent, étiquettent métrite banale des lésions paraissant à l'œil de nature tuberculeuse. Mais malgré tout, il répugne d'abandonner ainsi un organe devenu complètement inutile, pouvant être, dans un avenir plus ou moins éloigné, la source de surprises pénibles, nécessiter une intervention nouvelle. Si l'opération est facile et que l'ablation de l'utérus soit une complication opératoire, on peut, il nous semble, faire une subtotale sus-vaginale qui ne

sera pas plus longue, facilitera très souvent l'intervention et donnera une sécurité plus grande.

Le deuxième groupe comprend 13 malades chez qui des opérations véritablement conservatrices furent pratiquées.

OBSERV. 16.

Victorine G..., quarante et un ans. Un enfant. Réglée irrégulièrement depuis 1901.

Opérée le 5 mai 1902. Laparotomie. Ablation bilatérale des trompes. Mickulicz abdomino-vaginal.

9 mai. — Fistule vaginale stercorale.

18 novembre 1911. — Jamais revu de règle. Quelques pertes blanches. Embonpoint; ne peut pas faire de travaux pénibles. Ne tousse pas. Le ventre est souple, non douloureux. Le toucher n'est pas douloureux et ne révèle aucune grosse lésion. Survie de neuf ans et demi.

OBSERV. 17.

Célestine P..., vingt-six ans. Pertes blanches. Opérée le 6 août 1902. Grosses masses annexielles bilatérales formées par les trompes, l'ovaire. La trompe droite est abcédée et en communication avec un abcès péritonéal. Elle adhère intimement à l'intestin et le clivage est très difficile. On enlève les annexes droites. A gauche, la trompe est détruite par le processus tuberculeux. Abcès péritonéal. Devant l'étendue des lésions on s'arrête, on place un drainage abdomino-vaginal. Il reste donc l'ovaire droit et l'utérus.

10 décembre 1911. — La malade est réglée régulièrement; elle a pris 10 kilogrammes, est vigoureuse et peut faire les travaux de la campagne; elle a des pertes blanches assez abondantes; elle ne présente pas de localisation pulmonaire. Le ventre n'a pas grossi; cependant il est quelquefois douloureux spontanément.

La malade écrit qu'elle trouve sa santé excellente. Elle n'a jamais eu de troubles sympathiques.

Survie de neuf ans et demi.

OBSERV. 19.

B. D..., vingt-neuf ans. Opérée le 29 juillet 1903. Le péritoine du petit bassin est couvert de granulations. Les anses sont adhérentes. Plusieurs déchirures n'atteignent pas la muqueuse. Ablation des annexes gauches. Salpingectomie droite. On laisse l'utérus et l'ovaire droit. Drainage par mèche. Quelques jours plus tard, fistule.

Septembre 1903. — Fistule non encore guérie.

14 octobre. — Départ. La fistule est fermée.

1^{er} décembre 1911. — A eu une pleurésie en 1905. Actuellement aucune lésion en évolution. Ne tousse pas. A engraisé; pèse 70 kilogrammes. Elle est vigoureuse et ne souffre pas du ventre ni spontanément ni à l'exploration.

Pendant les onze mois qui suivirent son opération, la malade, non réglée, présenta divers troubles de la castration (vertiges, vapeurs, etc.). Au onzième mois, les règles réapparurent et tous les troubles cessèrent. Depuis, les règles sont régulières et les malaises ne se sont pas reproduits.

Survie de neuf ans.

OBSERV. 20.

Lucie D..., vingt-trois ans, vierge. Opérée en août 1909. Double abcès froid tubaire. Salpingectomie bilatérale.

Décembre 1911. — Malade en excellente santé. Tendances à l'embonpoint. Le toucher montre un point douloureux à droite. Réglée régulièrement. Aucun trouble sympathique.

Survie de sept ans et demi.

OBSERV. 21.

S. M..., vingt-cinq ans. Opérée le 15 septembre 1904. Sal-

pingectomie droite. Ponction de deux poches de péritonite enkystée.

25 novembre 1911. — Pertes blanches très abondantes pendant les deux années qui suivirent l'intervention. Actuellement elles sont rares. Règles très irrégulières et viennent trois ou quatre fois par mois. L'utérus cependant n'est ni gros ni douloureux. Etat général florissant.

Survie de sept ans.

OBSERV. 23.

G. Ch..., trente et un ans.

1900. — Première poussée. Issue du pus par le rectum.

1901. — Colpotomie.

16 décembre 1909. — Laparotomie. Ablation bilatérale des annexes. Cependant il reste un débris de l'ovaire gauche. Utérus laissé en place. Fistule abdominale.

Avril 1906. — Trajet fistuleux persiste toujours. L'examen montre une masse gauche du volume d'une mandarine. La malade refuse l'intervention.

17 novembre 1909. — Bon état général. Trajet fistuleux à l'hypogastre. Règles régulières. Utérus gros.

Novembre 1911. — La fistule persiste toujours; elle donne issue à un peu de pus et de sérosité. Bon état général. Léger empâtement du bassin.

Survie de sept ans.

OBSERV. 24.

P. G..., vingt-huit ans. Opérée le 7 janvier 1905. Ablation des annexes droites. Lésions de l'intestin réparées soigneusement. Mickulicz. Drain abdomino-vaginal.

22 novembre 1911. — La malade s'est remise très lentement de son opération. Les règles sont régulières. Les pertes blanches assez abondantes.

7 avril 1909. — Accouchement d'une fille. La grossesse fut normale, à part une menace d'avortement au cinquième mois.

Actuellement aucun signe de récurrence locale ou de généralisation. Santé excellente.

Survie de sept ans.

OBSERV. 27.

Ernestine M..., dix-neuf ans.

30 mai 1906. — Laparotomie. Abscess froid tubaire bilatéral. Ablation des annexes droites et de la trompe gauche.

Décembre 1911. — La malade va tout à fait bien. Elle n'a jamais ressenti aucune douleur ni aucun trouble ; elle a engraisé et est réglée régulièrement. Aucune récurrence.

Survie de cinq ans et demi.

OBSERV. 30.

M ..., vingt-six ans. Opérée le 4 juin 1908. Ablation des annexes droites.

16 novembre 1911. — La malade se trouve complètement guérie. Les règles sont régulières, abondantes, non douloureuses. Vigoureuse. A engraisé. Le ventre est souple, non douloureux. Quelques pertes blanches. Utérus un peu gros.

Survie de trois ans et demi.

OBSERV. 32.

J. B..., vingt-huit ans. Opérée le 15 février 1909. Salpingectomie gauche. Hystéropexie.

25 novembre 1911. — Santé assez bonne actuellement. Souvent il se produit des rechutes légères. Pertes blanches abondantes. Règles à peu près régulières, douloureuses. Le côté droit est douloureux. Quelques symptômes de cystite.

Survie de trois ans.

OBSERV. 34.

M. X..., vingt-six ans.

14 juin 1909. — Tuberculose éteinte. On laisse l'utérus et l'ovaire gauche.

Novembre 1911. — La malade va très bien.
Survie de deux ans et demi.

OBSERV. 36.

16 septembre 1911. — Tuberculose de l'ovaire droit avec fouillis de granulations sur tout l'intestin. Absès de l'ovaire droit. La trompe est saine. Ablation des annexes droites.

Fin novembre 1911. — La malade va très bien.

OBSERV. 37.

M..., 35 ans.

29 octobre 1906. — Intervention. Légère ascite. Annexite gauche. Ovaire scléro-aseptique. Trompe vascularisée, coudée, avec de fines adhérences au milieu desquelles se distinguent sept à huit petits tubercules gris transparents. Ablation des annexes gauches.

Mai 1911. — L'opérée se porte bien. Elle accuse quelques légères coliques. Au sommet gauche, il persiste un peu d'obscurité respiratoire, mais on ne perçoit plus les râles sous-crépitaux qui avaient fait porter lors de l'opération le diagnostic ferme de tuberculose pulmonaire.

Survie de cinq ans.

De l'étude de ces treize observations de malades actuellement vivantes, on peut tirer plusieurs conclusions. La première est, qu'au point de vue vital, ces opérations conservatrices semblent donner des résultats très bons, aussi bons que les opérations plus complètes, puisque les survies s'étagent sur une période de neuf années et demie. En outre, la santé de ces malades nous a paru, en général, très satisfaisante. Quelques-unes ne se sont jamais aussi bien portées. Cependant, chez presque toutes, il reste des reliquats de l'ancienne ablation, douleurs dans le ventre, toucher douloureux

montrant un empâtement plus ou moins considérable du bassin. L'une d'elles a une fistule hypogastrique qui dure depuis des années et qui est intarissable. Enfin, une de ces malades (n° 32), présente un résultat qui n'est pas très satisfaisant, mais qui, cependant, devient de jour en jour meilleur.

Toutes ces malades, sauf une (n° 16) sont réglées à peu près régulièrement; souvent ces époques sont longues, abondantes, douloureuses, mais, enfin, elles ont évité aux malades les troubles de la ménopause précoce. Une observation est assez curieuse (n° 19) et montre la relation qui existe entre les règles et les troubles sympathiques. Après l'opération, les règles furent absentes onze mois pendant lesquels se manifestent divers troubles, peu accentués, il est vrai. Le onzième mois, réapparition des règles qui fait cesser les troubles de la ménopause précoce. Et pourtant l'ovaire était bien en place, ce qui tendrait à prouver, ainsi que le veut Tuffier (*Soc. de Chir. de Paris*, 1911), que la présence de l'ovaire en lui-même ne garantit en rien contre la venue des vertiges, bouffées de chaleur, etc., etc., mais que ces troubles sont dus à la disparition des règles.

Les pertes blanches existent chez toutes ces opérées. Ce n'est pas là, à notre avis, une chose très importante et dont il faille tenir compte pour décider du mode opératoire. Nous verrons plus loin que des femmes ayant subi une hystérectomie totale ou subtotale ont des pertes blanches marquées. Très souvent, elles sont dues à la vaginite.

Une deuxième constatation importante est qu'aucune

récidive ne s'est produite nécessitant une intervention. Les malades ne sont pas absolument guéries, anatomiquement. Elles souffrent quelquefois spontanément ; chez presque toutes l'exploration est douloureuse, mais, jusqu'à présent, aucune ne dut être réopérée. Il est vrai que pour quelques-unes la date de l'intervention n'est pas encore très éloignée ; mais si l'on en juge par les survies de neuf ans, sept ans, on est en droit d'espérer que cet état de guérison physiologique se maintiendra. Cependant, la récidive est le gros point noir des opérations conservatrices.

Tous les auteurs insistent sur ce point. Il paraît certain, qu'en général, les opérations radicales donnent de meilleurs résultats. Exposer une malade à une deuxième opération avec tous les dangers qui en découlent est prendre une grave responsabilité, surtout quand la première opération peut être curative. Ne semble-t-il pas que la malade ait le droit d'attendre le maximum de l'intervention ? Les opérations conservatrices donnent-elles ce maximum ? Nous ne le pensons pas et, malheureusement, nous ne pouvons trouver un appui dans nos observations. Il saute aux yeux, en effet, que, manifestement, la plupart de ces cas n'étaient pas de ceux qui autorisent et commandent la conservation. Dans tous les cas, sauf deux, les lésions étaient très étendues, elles envahissaient très loin le péritoine, elles réclamaient une intervention plus large. On nous répondra que les résultats sont bons. C'est vrai, mais ils eussent été meilleurs avec une opération radicale et sans aucun risque de plus. Ces malades courent le

risque d'une récurrence. Ont-elles gagné quelque chose par leur opération conservatrice?

La **grossesse** ne s'est montrée qu'une fois. Elle fut excellente avec une alerte au cinquième mois. Mais c'est, il faut l'avouer, une exception. Dans les auteurs que nous avons lus, nous n'avons pas rencontré pareil fait, ce qui prouve sa rareté. La fécondation est possible avec des lésions salpingiennes peu avancées. Bien des malades que nous avons examinées ont eu des grossesses, mais il nous a semblé que c'était avant la localisation annexielle clinique. Avant l'opération, nous n'avons pas vu de grossesse normale chez les tuberculeuses annexielles certaines. D'ailleurs, la stérilité est presque un symptôme de la tuberculose des trompes.

Très souvent stériles avant l'opération, il y a beaucoup à parier que ces malades le seront après. L'observation que nous rapportons est une exception à la règle. Quelquefois, la grossesse tant attendue par certains malades et qui parfois fut la vraie cause d'un thérapeutique conservatrice, expose ces malades à un grave danger. Nous avons signalé l'importance capitale de la tuberculose dans l'étiologie de la grossesse intra-utérine. M^{lle} Gorowitzen rapporte deux cas dus à Warthin et Stober. Taylor estime à 66 pour 100 le pourcentage du facteur tuberculeux.

Il ne semble donc pas, qu'en l'état actuel de la question, la grossesse doive faire pencher la balance du côté de la conservation.

Pour certains auteurs, elle doit même pousser à faire une opération radicale à cause de l'influence de

cette grossesse sur le développement rapide de la tuberculose.

La **persistance des règles**, pour n'être pas absolue, est un résultat appréciable. Elle supprime les troubles de la ménopause, elle est parfois importante dans l'équilibre mental des malades. Nous croyons cette thérapeutique bonne qui tend à conserver les règles, mais à la condition formelle que les lésions soient très limitées et pour ainsi dire localisées aux trompes. Il ne nous semble pas que, pour conserver cette fonction menstruelle, il faille exposer la malade à une récurrence. Si les trompes sont tant soit peu suspectes, leur ablation s'impose. Elles paraissent d'ailleurs inutiles pour la fonction comme le prouvent les nombreuses observations de salpingectomie bilatérale. Nous admettons donc les opérations conservatrices en vue de la fonction ovarienne, mais dans les conditions ci-dessus mentionnés.

Dangers d'une récurrence d'une part, grossesse très hypothétique, bons effets de la persistance de la fonction menstruelle d'autre part, tel nous paraît être le bilan des opérations conservatrices.

Cependant, il ne faut pas être absolu et, dans quelques cas, nous serons assez porté à admettre la thèse conservatrice, et cela, en nous appuyant sur les deux principes sur lesquels elle repose. Le premier de ces principes est qu'il peut y avoir, cliniquement et microscopiquement, unilatéralité des lésions. Le deuxième est la tendance parfois assez marquée vers la guérison, soit par leur extinction, soit par un processus fibreux.

En premier lieu, il ne nous semble pas que, dans les cas où les annexes sont attaquées et où cliniquement l'utérus est sain, ce dernier doive être conservé.

Quand il y a unilatéralité des lésions, nous croyons que l'on peut être conservateur.

Mais la plus grande prudence doit être observée. Il faut bien examiner la trompe destinée à être laissée dans le bassin. Souvent même, celle qui paraît saine est déjà atteinte (9 fois sur 10, Simmonds) et sera peut-être le siège de la récurrence. Baisch rapporte 23 observations, 18 sont guéries. Les autres ont présenté des récurrences sur la trompe jugée saine lors de l'intervention. Quelques-unes durent subir une deuxième opération.

Dans quelques cas où il y a bilatéralité, nous suivons la même règle de conduite. Ce sont ceux où les lésions sont uniquement tubaires. Ainsi les abcès froids avec intégrité de l'ovaire nous paraissent justiciables d'une salpingectomie bilatérale. Nous avons rencontré, dans la littérature, plusieurs observations dans ce sens et nous-même nous en rapportons deux, dues à MM. Jaboulay et Pollosson, et déjà parues dans la thèse de Bertrand. Ces malades, revues en novembre 1911, vont admirablement; elles paraissent guéries. L'une présente cependant au toucher un point douloureux, probablement ovarien. La survie est de sept ans et demi, et six ans avec une santé parfaite (obs. 20). La fonction menstruelle est normale.

Voici deux observations auxquelles aucun reproche ne peut être adressé. Lésions limitées, processus torpide, ce sont des indications presque absolues. Quel-

quefois aussi, comme l'a montré Bégouin, on peut avoir affaire à des pyosalpinx non tuberculeux chez des vierges, et, dans ce cas, il est de toute importance de conserver, autant que faire se peut.

Lorsque les lésions sont ovariennes, là, il est plus difficile de prendre parti. Il est certain que la localisation sur la glande est l'indice d'une virulence plus grande. Ce sont là les formes graves de la tuberculose annexielle. Nous serions assez tenté d'élever, dans ce cas, la castration totale à la hauteur d'une règle absolue.

Par simple coïncidence, peut-être, les deux malades ayant subi des opérations conservatrices et mortes de péritonite étaient des formes ovariennes.

Cependant, si les lésions sont unilatérales, on est autorisé, avec Tomson, Lea, Baisch, Simmonds, à conserver un ovaire. Guillemain cependant, et avec lui la majorité des auteurs français, se rallie à une extirpation totale et aussi précoce que possible. Lewis C. Morris écrit, en 1911, qu'il ne faudrait jamais enlever les deux ovaires à une femme de moins de quarante ans, sauf dans les cas de cancer ou de tuberculose.

Nous n'avons qu'une observation où il s'agisse d'une tuberculose ovarienne avec trompe saine (obs. 36). Mais l'intervention (ablation unilatérale des annexes) est encore trop récente pour qu'elle ait quelque valeur.

En résumé, nous pensons que la thèse conservatrice est vraie, mais dans un nombre limité de cas, en matière de tuberculose. La faveur dont elle jouit actuellement et qui est peut-être excessive, a plusieurs causes. En première ligne, se trouve la vogue de la thérapeutique conservatrice dans les annexites ordinaires et le succès

qui l'accompagne. Peut-être y a-t-il là une question de mode ? C'est l'opération du moment. La chirurgie des annexes est actuellement conservatrice. La tuberculose en subit l'entraînement. Une autre cause est une question d'honnêteté chirurgicale. Il répugne invinciblement à un chirurgien de castrer une femme jeune ayant parfois des lésions minimes. On espère en la nature. On croit, et cela est justifié, en une guérison totale avec le minimum de lésions chirurgicales. Parfois les malades demandaient elles-mêmes une intervention qui respecta la faculté procréatrice.

Cette répugnance du chirurgien est très respectable. Elle a droit de cité, mais il faut mettre en garde contre un excès. Le praticien se guidera sur les lésions, il fera entrer en ligne de compte l'état social de la malade. La nécessité de gagner sa vie balance bien souvent la suppression d'une fonction qui n'est pas essentielle pour l'individu.

VII. — LES OPÉRATIONS RADICALES.

Quelle que soit la faveur dont jouissent actuellement les opérations conservatrices, les opérations radicales sont cependant celles qui sont le plus souvent indiquées, celles qui donnent les meilleurs résultats.

« Si l'état général le permet, on pratiquera la laparatomie et on enlèvera non seulement l'utérus, mais encore les annexes, alors même qu'elles paraîtraient saines à l'œil nu. Dans bien des cas, en effet, leur altération existe, quoiqu'elle ne puisse être constatée qu'au microscope. La conservation d'un ovaire au point

« de vue de la sécrétion interne serait ici dangereuse. « Il faut toujours faire la castration totale ; pour cela, « tout le monde est d'accord. » Ces paroles de Pozzi résument la thèse des partisans des interventions radicales. Trélat, en 1883, Guillemain, en 1894, recommandent l'extirpation précoce. Faure, au Congrès de Rome de 1902, Pollosson, dans la thèse de Martin ; Tixier ; Albertin ; dans la thèse de Bertrand, péconisent la castration totale.

Hormann, en 1908, écrit que l'opération est inévitable dans tous les cas de tuberculose annexielle affirmée ou même soupçonnée. Lenormant, dans son article du *Progrès médical* de 1909, se range à l'avis de Pozzi.

Hartmann, en 1911, dans une discussion sur le traitement des salpingo-ovarites chroniques, dit qu'Amann, en Allemagne, devient de moins en moins interventionniste, sauf pour la tuberculose.

Cette grande faveur, qui actuellement se maintient presque intacte, a des causes qui l'expliquent complètement. Les opérations radicales donnent des résultats en tous points remarquables. Il nous semble que la guérison est presque la règle quand l'opération ne s'adresse pas à des lésions véritablement trop avancées. Et parfois, même dans ces cas pour ainsi dire désespérés, on peut assister à de véritables résurrections.

Nous avons réuni 74 observations où fut pratiquée une opération radicale ; dans 24 cas on fit une hystérectomie subtotale ; dans 50, une hystérectomie totale. Ces 74 interventions donnèrent 7 morts opératoires, ce qui donne du 9,4 pour 100. Nous nous sommes suffisamment expliqué sur cette mortalité opératoire

relativement élevée et nous avons montré ce qui nous paraissait en être les causes. Nous insistons encore ici sur l'extrême gravité des cas.

Nous n'avons pu retrouver que 66 malades, dont l'observation est actuellement complète. Ces 66 cas comprennent 5 morts tardives dues à l'extension du processus tuberculeux, lésions pulmonaires, urinaires, péritonéales, etc., etc.

En résumé, sur 66 malades dont l'histoire est connue jusqu'au mois de décembre 1911, 54 sont vivantes.

14 malades sont opérées depuis 1 an

7	—	—	2 ans
7	—	—	3 ans
10	—	—	4 ans
12	—	—	5 et 6 ans
4	—	—	7 ans.

Nous ne rapporterons point ici ces 54 observations, elles s'étendent dans les tableaux synoptiques du numéro 38 au numéro 103. Parmi les 66 malades vivantes, 16 subtotaux furent pratiquées et 38 totales.

Les deux méthodes dont nous avons ailleurs discuté la valeur ont donné des résultats identiques chez ces diverses malades. Il semble que ces deux procédés donnent des résultats éloignés comparables et équivalents.

Le premier fait à constater est la guérison locale généralement complète. 3 malades seulement sur 54 se plaignent.

OBSERV. 83.

L..., vingt-deux ans. Septembre 1908. — Castration

totale pour tuberculose annexielle. Bacilliose ovarienne paraissant primitive et, en tout cas, certainement isolée.

15 novembre 1911. — Pas d'engraissement. Les troubles de la castration sont complètement disparu depuis longtemps.

Le toucher démontre la souplesse du ventre. Cependant, il dénote une zone douloureuse droite, sans que l'on perçoive de lésions nettes.

OBSERV. 85.

Rosine B..., dix-sept ans. Opérée le 28 janvier 1909.

Castration totale. Pyosalpinx bilatéraux.

8 décembre 1911. — Pertes blanches abondantes. Vaginite aiguë.

Troubles de la castration peu accentués.

Sommet gauche. Cependant, la santé paraît florissante.

Souplesse absolue du ventre. Le toucher ne révèle rien.

Cependant la malade souffre encore quelquefois dans le bas-ventre.

OBSERV. 97.

M... J..., trente-deux ans. Opérée le 2 décembre 1910.

Laparotomie. Abscès tubo-ovarien droit. Volumineux pyosalpinx gauche avec adhérence intime au côlon pelvien. Noyau fibro-caséux dans le méso-côlon. Hystérectomie totale.

Décembre 1911. — Va très bien. A pris 23 kilogrammes.

Le pelvis est absolument souple. Cependant, il persiste quelques douleurs et le toucher révèle une nodosité correspondant vraisemblablement au noyau fibro-caséux du méso-côlon.

Ce sont là les trois seules malades chez qui on trouve un reliquat de la maladie. Le toucher et le palper faits aussi attentivement que possible ne révèlent que des

lésions insignifiantes. Chez toutes les autres malades, aussi bien dans les cas de subtotaux que dans ceux de totaux, la souplesse est parfaite, le toucher est absolument indolore, il ne révèle rien de suspect. Les malades paraissent guéries au point de vue local. Ces résultats sont à notre avis admirables. Il semble que les malades atteintes de tuberculose des annexes et opérées se divisent en deux classes. Une première classe comprend celles qui ne peuvent pas résister, qui ont des lésions trop avancées demandant un acte opératoire dangereux, et qui meurent de cet acte opératoire, ou bien qui succombent très rapidement, emportées par le fait d'autres lésions tuberculeuses. Ces survies là ne durent généralement pas plus d'un an. Une deuxième classe comprend les malades opérées qui guérissent, et il semble que ce soit complètement, du moins au point de vue génital. Aucune récurrence ne s'est produite demandant une intervention, si minime soit-elle.

Dans les subtotaux, nous n'avons jamais remarqué de métrites sérieuses du col, nécessitant une amputation.

Ces cas, qui ont été signalés, sont la source de pertes blanches tellement abondantes que l'ablation du col s'impose. Encore une fois aucune de nos malades ne présenta cette complication.

Cette question des pertes blanches qui a tant fait pour le triomphe de l'hystérectomie totale, nous a paru ici moins importante, ou plutôt ces écoulements n'ont pas, à notre avis, leur cause dans le moignon cervical.

Presque toutes, parmi nos 54 malades, avaient présenté

ce symptôme avant leur opération. Il est difficile, dans les observations, de démêler ce qui appartient à l'utérus et ce qui appartient au vagin ; mais, chez les malades, nous avons rencontré des pertes blanches chez les opérées par l'un et l'autre procédé et cela avec autant de fréquence et autant d'abondance. L'hystérectomie subtotale a fait tarir des pertes très abondantes qui existaient avant l'opération. L'hystérectomie totale n'eut aucune action sur des pertes blanches abondantes qui existaient avant l'opération et qui continuent depuis. Dans le premier cas, leur cause était vraisemblablement utérine, et vaginale dans le second. Mais, en vérité, dans la très grande majorité des suites opératoires éloignées, les pertes blanches nous ont paru être d'origine vaginale. Les preuves en sont : leur présence après l'hystérectomie totale, et les caractères de la suppuration. Le moignon cervical n'entretient donc pas les pertes blanches. D'ailleurs, les malades qui présentèrent cette légère complication, quelquefois il est vrai très ennuyeuse, étaient exposées aux infections blennorragiques répétées, en outre elle nous ont semblé complètement ignorer la propreté la plus élémentaire. Quelques lavages vaginaux les eussent sans doute guéries.

Les troubles de la castration se montrèrent chez la plupart des opérées. Ils furent extrêmement fugaces : à peine sont-ils signalés dans des observations. Cependant, chez 19 malades, ils présentèrent une intensité plus marquée. C'est là un des grands reproches que l'on fait aux interventions radicales : les troubles de la ménopause anticipée. Nous avons vu toutes ces

malades et nous les avons interrogées. Il ne nous a pas paru que cette considération doive être un obstacle au traitement. Nous avons dit plus haut, à propos des opérations conservatrices, que l'espérance de grossesse était en général un leurre, et que la conservation de la fonction menstruelle était bien un argument, mais seulement quand le désir de cette conservation cadrerait parfaitement avec la constatation des lésions et leur examen attentif. Ici nous dirons la même chose. La fonction menstruelle ne doit pas entrer en ligne de compte lorsque l'indication se pose d'une intervention radicale. A ce que nous avançons, nous donnons deux preuves : la suppression si fréquente et toute naturelle des règles chez les tuberculeuses, et, en deuxième lieu, ce fait qui ressort nettement des 19 observations ci-dessus désignées, que les troubles de la castration furent peu importants, qu'ils cédèrent très vite et que, quelques mois après l'intervention, il n'en était plus trace. Dans la tuberculose annexielle, les troubles ne présentent pas la gravité qu'ils acquièrent dans les castrations pour suppuration aiguë ou pour fibrome. Une seule malade présente quelques troubles mentaux légers.

OBSERV. 71.

C..., vingt-trois ans. Opérée le 21 mai 1907. Incision transversale. Utérus normal. Annexes très volumineuses surtout à gauche, gorgées de pus et très adhérentes aux organes voisins, rectum et parois pelviennes. La castration totale s'impose. Entéro-anastomose aux deux bouts d'une anse grêle fixée dans le Douglas et tellement dangereuse à cliver qu'on préfère la laisser.

Décembre 1911. — Excellente santé générale. Quelques troubles mentaux. Perte de la mémoire.

Le plus souvent on observe des vertiges, des bouffées de chaleur, des bourdonnements d'oreilles, un un mot des troubles peu accentués, et, nous le répétons, diminuant rapidement d'intensité et finissant par disparaître. Il semble que, par le fait de l'infection tuberculeuse, infection lente, chronique, retentissant par elle-même sur l'ovaire et la fonction menstruelle, l'organisme s'accoutume peu à peu, comme s'il y avait suppression lente de la fonction par la maladie elle-même.

Un trouble de la castration assez souvent observé est une tendance à l'embonpoint, mais beaucoup moins exagéré que dans les autres affections. Cela, d'ailleurs, est un trouble que l'on a qualifié d'heureux en matière de tuberculose. Certains chirurgiens n'ont ils pas tenté de faire la castration dans le but de faire engraisser des tuberculeuses et aussi pour agir sur les lésions pulmonaires.

Les lésions pulmonaires nous ont paru influencées par la castration; non pas que la localisation aux poumons ne puisse se produire après l'opération. Nous avons cinq observations dans ce sens, mais, fait intéressant, l'évolution nous a semblé très lente, à tendance fibreuse,

Nous venons de voir les résultats remarquables donnés par les interventions radicales. Nous avons vu que les inconvénients étaient peu graves. Il nous faut maintenant parler de l'avantage, peut-être le plus grand de l'hystérectomie : elle facilite presque toujours l'opération, elle la simplifie, la rend moins traumatisante et plus rapide ; elle permet l'emploi judicieux de multiples

procédés que la technique gynécologique a à son service ; elle donne un grand jour ; elle assure un drainage incomparable.

A tel point qu'actuellement, nous n'hésitons pas à dire que, toutes les fois que le cas est difficile et que l'hystérectomie simplifie et facilite l'opération, il faut la pratiquer. C'est là, selon nous, une indication formelle.

De là il résulte que la castration totale est l'opération de beaucoup la plus fréquente, la plus indiquée dans l'état de nos connaissances et tant que les méthodes conservatrices n'auront pas donné des résultats plus certains en matière de tuberculose.

Une dernière question se pose. Faut-il conserver un ovaire sain quand on pratique l'hystérectomie ?

Cette question qui se rattache à la sécrétion interne de l'ovaire, semble actuellement être résolue par la négative. Conserver un ovaire avec l'utérus est une opération logique ; elle assure la fonction menstruelle. Conserver un ovaire isolé ne sert de rien.

Tuffier vient de présenter à la Société de Chirurgie une série d'observations et de greffes ovariennes d'où il découle que, lorsqu'il y a eu hystérectomie totale ou sub-totale, les accidents aigus de la ménopause anticipée ont lieu avec la même intensité et aussi fréquemment que s'il y avait eu ablation de l'ovaire et cela même si la glande est le siège de phénomènes congestifs mensuels.

Une observation nous permet de nous ranger à l'avis de Tuffier :

OBSERV. 69.

Céline C..., vingt-quatre ans. Passé tuberculeux. Pleurésie. Pneumonie.

Opérée le 12 décembre 1906. Laparotomie. Ablation des annexes gauches. Trompe fermée. Ovaire peu altéré. Péri-salpingite tuberculeuse. Kyste dans la partie libre de la trompe.

Ablation de la trompe droite. *Résection sur l'ovaire droit*. Hystérectomie totale.

15 novembre 1911. — Santé excellente. Cependant quelques signes de tuberculose pulmonaire subaiguë.

A beaucoup engraisé. Quelques troubles de la castration. Vertiges, bouffées de chaleur.

La guérison paraît complète au point de vue génital.

Ce qui reste de l'ovaire ne semble pas avoir eu une influence sur l'apparition des troubles de la ménopause, puisque les accidents se sont produits.

D'un autre côté on ne peut pas dire que la partie conservée de l'ovaire soit insuffisante. En effet, l'observation suivante montre que de simples débris peuvent suffire à assurer la fonction menstruelle.

OBSERV. 23.

G... Ch..., trente-six ans. Opérée le 16 décembre 1904. Ablation bilatérale des annexes. Il reste un débris de l'ovaire gauche.

17 février 1909. — Les règles sont régulières.

Novembre 1911. — Les règles sont régulières.

Nous pensons qu'il faut rejeter cette conservation d'un ovaire seul.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

Le traitement des complications s'adresse à deux sortes de lésions : les complications ayant leur origine dans la maladie elle-même et celles dues à l'opération.

Ces dernières, déchirure, section des viscères, supuration des parois, ne comportent rien qui soit particulier à la tuberculose.

Les lésions intestinales opératoires devront être réparées aussitôt avec soin. Le rectum est le plus souvent déchiré : on fera deux surjets : l'un total, l'autre séro-séreux et autant qu'il sera possible on placera ce surjet sous la péritonisation, en ayant soin, si l'on fait un drainage vaginal, de placer les mèches plus bas et latéralement, de façon à éviter leur contact avec les lignes de suture.

Les autres déchirures ou sections seront suturées aussitôt, suivant le mode actuel.

Les complications dues à l'extension de la maladie demandent parfois une thérapeutique particulière.

Dans les annexites de cause ordinaire, les complications sont généralement des communications avec les organes voisins et, dans la plupart des cas, on considère cette éventualité comme un mode de guérison.

Aussi, il est assez fréquent de voir des abcès salpingiens s'ouvrant dans la vessie (*Traité des Suppurations pelviennes* du Dr Delbet; thèse de Perrimond, Fauverghé, Gras), ou dans le rectum, guérir par simple évacuation du pus et sans nécessiter d'autre thérapeutique.

Dans la tuberculose, il en est tout autrement. Les ouvertures d'abcès dans les organes voisins, loin d'être un mode de guérison, sont, au contraire, une complication grave, puisqu'elles indiquent une extension du processus et un envahissement de ces organes par les lésions. Aussi, au lieu d'assister à des guérisons, remarque-t-on une aggravation parfois rapide, suivant le siège de la communication anormale. La suppuration ne s'arrête point et il se crée une fistule interminable.

Quel que soit l'organe atteint, nous croyons que la thérapeutique qui s'impose est la castration totale avec fermeture de la fistule, résection du trajet fistuleux, résection des parties tuberculisées des parois de l'organe dans lequel s'est faite l'ouverture spontanée, et restauration par des fils placés en tissu sain. La guérison sera le plus souvent obtenue complète.

En 1909, dans la clinique de M. Pollosson, Violet et Chalier réunirent trois cas d'abcès ouverts spontanément dans la vessie — Volle fit sa thèse sur le même sujet. — Nous avons recherché ces malades, nous en avons retrouvé deux : les obs. I et II de l'article Violet et Chalier. Chez l'une, la communication fut nettement constatée ; la partie malade de la paroi vésicale fut réséquée et deux surjets réparèrent la lésion. Chez

la deuxième, on ne put trouver la communication ; la paroi vésicale était très épaissie, infiltrée, dure. On laissa les choses dans cet état.

Les suites opératoires furent bonnes dans les deux cas.

Nous avons revu les deux malades : l'une, le 11 novembre ; l'autre, le 25 novembre 1911.

OBSERV. 39. — Observation I de l'article Violet et Chalier.

Augustine B..., trente-sept ans. Opérée le 17 juin 1905. Hystérectomie subtotal. Ouverture spontanée d'un pyosalpinx dans la vessie. Tuberculisation de la paroi vésicale. Résection et avivement. Suture.

Revue le 27 mars 1908. Bon état général. Rien de génital. Rien d'anormal, pas plus du côté de la vessie que du côté du rein.

11 novembre 1911. — Très bonne santé. La malade peut être considérée comme guérie. Aucun accident vésical ou rénal.

OBSERV. 75. — Observation II de l'article Violet et Chalier.

M^{me} B..., quarante-sept ans. Opérée le 24 juillet 1906.

Hystérectomie totale. La vessie contient 600 grammes de pus semblable au pus contenu dans un abcès ovarien. On ne trouve pas la communication. Envahissement de la paroi vésicale.

Quelques temps après, la guérison paraît complète, sans complication vésicale.

15 novembre 1911. — La malade va très bien. Elle a beaucoup engraisié et ne ressent absolument aucune douleur depuis plusieurs années. Elle eut quelques troubles fugaces de la castration. N'a jamais rien ressenti du coté de l'appareil urinaire.

Ces deux malades nous prouvent que cette extension des lésions vers la vessie et la présence de pus dans celle-ci, n'ont pas influé d'une façon fâcheuse sur l'évolution de la maladie.

Une de ces malades est opérée depuis sept ans, l'autre depuis cinq ans et demi. Toutes deux semblent complètement guéries et de leurs lésions pelviennes et de leurs lésions vésicales. La vessie a bien supporté le contact prolongé du pus tuberculeux, sans aucun phénomène de cystite, ni avant, ni après l'intervention. Enfin, la première malade guérit parfaitement de la résection partielle faite sur la vessie.

Le traitement fut l'hystérectomie, c'est-à-dire l'ablation complète du foyer primitif bacillaire. Il semble bien qu'actuellement ce soit le meilleur traitement à préconiser toutes les fois que l'annexite tuberculeuse s'étend très loin et que le processus gagne les organes voisins.

Les *complications intestinales* atteignent l'intestin grêle ou le gros intestin. Elles peuvent être un simple envahissement de la tunique intestinale ou bien être une fistule communiquant avec un foyer tubaire ou ovarien, mais généralement tubaire.

Nous avons déjà dit qu'il fallait peu toucher aux lésions intestinales, qu'elles exposaient aux plus graves complications post-opératoires. Cependant, si ces lésions sont trop étendues, si on prévoit que l'anse malade sera, dans un avenir rapproché, la cause de graves accidents, on peut la réséquer. La résection sera aussi indiquée quand il est indispensable de libérer une anse. Cette opération est moins dangereuse qu'un clivage

difficile, à condition que les sections portent un tissu sain.

OBSERV. 68.

B... P..., quarante-cinq ans. Opérée le 18 septembre 1906. Hystérectomie totale. Résection intestinale à la suture. Part guérie.

15 décembre 1911. — Va admirablement. N'a jamais plus ressenti aucune douleur.

Quelquefois une anse peut descendre dans le cul-de-sac de Douglas, où elle est fixée par des adhérences nombreuses et serrées, au point que son décollement devient très dangereux. On pourra pratiquer une anastomose sur les deux chefs et abandonner l'anse ainsi fixée (*obs. 71 déjà citée*).

Les fistules intestinales siègent sur l'intestin grêle ou sur le gros intestin, côlon et rectum.

Ces fistules sont de deux sortes : ou bien elles sont spontanées, ou bien elles apparaissent quelque temps après une opération. Les premières sont rares ; parmi les observations que nous avons recueillies, nous n'avons rencontré aucune ouverture spontanée dans l'intestin grêle, nous en avons trouvé une dans le côlon et une dans le rectum.

OBSERV. 51.

Berthe H..., vingt-trois ans. Opérée le 27 avril 1910. On constate la présence de deux grosses poches purulentes annexielles communiquant avec le côlon. Hystérectomie subtotale.

Suture de la perforation pathologique du côlon et de deux déchirures de l'intestin grêle.

25 novembre 1911. — La malade a engraisé de 20 kilogrammes, elle présenta quelques troubles de la castration et n'eut jamais aucun trouble intestinal.

OBSERV. 23.

G... Ch..., trente et un ans. A une première poussée en 1900, avec issue de pus par le rectum. Il persiste une fistule pendant deux ans.

Ces ouvertures spontanées sont assez rares; comme pour la vessie, l'hystérectomie totale nous apparaît comme le traitement de choix.

Les fistules intestinales, survenant après les interventions, sont incomparablement plus fréquentes. Elles siègent sur le grêle ou sur le gros intestin et viennent s'ouvrir à la cicatrice abdominale ou bien dans le vagin. L'anse fistulisée n'est généralement pas en contact avec la paroi abdominale, mais lui est reliée par un trajet envahi lui aussi par la tuberculose. Ces fistules n'ont que peu de tendance à une guérison spontanée, à cause de la longueur du trajet, de sa tuberculisation, du passage continu de pus et de matières fécales ou de produits de la digestion, de la présence de diverticules et de manque de vitalité des bourgeons charnus.... Aussi leur traitement a-t-il été très discuté, et nombreux sont les procédés chirurgicaux qui s'adressent à elles.

Les fistules de l'intestin grêle sont particulièrement graves. Elles s'accompagnent de troubles sérieux de la nutrition, de dépérissement, de déchéance de l'état général. Au-dessous de la fistule, pour peu que celle-ci soit importante, le calibre de l'intestin est diminué,

les adhérences se forment plus nombreuses et plus serrées, les symptômes de dénutrition se manifestent. Il faut instituer un traitement chirurgical. On fera une laparotomie, suivie d'une entérectomie toutes les fois que cela sera possible. Si l'entérectomie est impossible, on aura recours à l'exclusion bilatérale. Quelquefois, si la fistule siège près du cæcum, on sera amené à faire un abouchement iléo-sigmoïdien avec exclusion.

Ces opérations sont extrêmement difficiles. L'anse fistulisée est bien souvent très profondément située, hors d'atteinte, perdue dans les adhérences. Nous avons, dans les observations, plusieurs cas qui paraissent être des fistules du grêle opératoire. Elles ont guéri spontanément et rapidement. Jamais il ne fut nécessaire d'intervenir.

Les fistules du côlon et du rectum sont également très fréquentes, surtout celles de ce dernier, si souvent lésé dans le décollement des annexes prolabées dans le Douglas. Nous en avons observé un grand nombre. Jamais on ne fut obligé de reprendre ces malades. La guérison survint toujours, quelquefois assez tardivement, il est vrai.

Ces fistules sont beaucoup moins graves que celles du grêle. Elles ne s'accompagnent pas de troubles de la nutrition. Cependant elles incommode beaucoup les malades. Ouvertes le plus souvent dans le vagin, elles obligent les femmes à des soins constants et, parfois, celles-ci préfèrent la maladie à la complication. Ce sont les formes les plus graves, interminables. M^{lle} Piotrowska a fait sa thèse sur une méthode préco-

nisée par Roux (de Lausanne). Les fistules situées trop haut pour être opérées par la voie vaginale et trop bas pour être atteintes par la laparotomie, seraient justiciables de l'anús contre nature. M^{lle} Piotrowska rapporte 4 observations de Roux où cette conduite a donné de bons résultats. Signalons aussi le procédé décrit dans la même thèse :

Si, au cours d'une tuberculose annexielle, il se produit une fistule stercorale bas située, siégeant sur le rectum, en arrière de l'utérus, Roux conseille de faire une ablation des annexes et de se servir de la face postérieure de l'utérus pour obturer la fistule rectale.

M^{lle} Piotrowska rapporte deux observations où ce procédé fut pratiqué avec des résultats excellents.

Nous n'avons jamais vu employer ces méthodes. Elles ont guéri les fistules graves. Nous ne les emploierions cependant qu'en dernière extrémité, surtout le procédé de l'anús artificiel temporaire qui exposera à des opérations multiples, parfois graves, et quelquefois à une infirmité définitive. Cependant, les succès obtenus par Roux sont à retenir dans les cas où l'état physique et moral des malades oblige le chirurgien à tout essayer.

Nous retenons ce fait : dans nos observations, nous avons observé 9 cas de fistules stercorales vaginales et abdominales ; les 9 cas guérissent sans aucune intervention.

Il nous reste maintenant à étudier les complications plus rares de la tuberculose annexielle, au point de vue de leur traitement.

OBSERV. 69.

Céline C..., vingt-quatre ans. Abscès de la région inguinale. Incision, issue de pus, fistulisation. Quelques mois plus tard, rentre de nouveau.

Opérée le 12 décembre 1906. Hystérectomie totale avec résection sur l'ovaire droit.

Incision inguinale. Curettage du canal, raclage des fongosités et pansement à plat. Guérison rapide.

Les lésions inguinales faisaient suite aux lésions péritonéales d'origine annexielle; la castration avec curettage des fongosités amena la guérison.

15 décembre 1911. — Guérison complète au point de vue abdominal. A beaucoup engraisé. Mariée. Tuberculose pulmonaire à évolution lente. A eu quelques troubles de la castration.

Les fistules post-opératoires venant s'ouvrir à la peau sont peu fréquentes. Elles succèdent généralement à des opérations incomplètes.

OBSERVATION (art. Violet et Chalier).

Rosine B..., trente-deux ans. Opérée le 27 novembre 1906. Laparotomie sous-ombilicale médiane avec évacuation de plusieurs poches purulentes, ablation incomplète d'une masse annexielle gauche et drainage abdomino-vaginal avec Mickulicz abdominal.

Un an après. — Fistule purulente intarissable au niveau de la cicatrice abdominale.

27 novembre 1907. — Deuxième intervention. Laparotomie. Le trajet fistuleux part de la cicatrice et conduit à la corne utérine gauche. Il s'agit de la trompe.

Castration totale par hémisection.

La guérison fut complète. La fistule se tarit.

Ces fistules sont généralement tubo-cutanées; leur traitement est l'ablation de la trompe.

OBSERV. 23.

G... Ch..., trente et un ans. Opérée le 16 décembre 1904. Laparotomie. Ablation bilatérale des annexes. Il reste cependant un débris de l'ovaire gauche. On laisse l'utérus.

Quelques jours après, fistule à la base de l'incision.

Avril 1906. — Le trajet fistuleux persiste. On perçoit une poche gauche du volume d'une mandarine. La malade refuse l'intervention. Elle est bien réglée.

1910. — L'état général est satisfaisant. La fistule donne toujours un peu de liquide purulent.

1911. — Bon état général. Les règles sont régulières. La fistule persiste toujours. Au toucher, on sent une masse petite, située à gauche.

Cette malade a bénéficié de son opération conservatrice, puisqu'elle est réglée régulièrement ; mais tout permet de croire que les lésions perçues à gauche sont la cause de la fistule qui dure depuis 7 ans, et ces lésions correspondent aux débris de l'ovaire gauche laissés en place lors de l'intervention.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC ET RÈGLES DE CONDUITE

Le pronostic de la tuberculose annexielle nous apparaît moins sombre que beaucoup le disent. Si la mortalité est encore élevée, c'est que bien souvent les chirurgiens s'attaquent à des malades véritablement inopérables, à cause de l'étendue des lésions et de la déchéance générale. Les opérations pour tuberculose annexielle sont accompagnées des mêmes risques que les autres interventions abdominales, mais il ne nous semble pas que ce soit à un degré plus élevé. Peut-être même ces malades supportent-elles mieux une infection surajoutée. Cependant, il est possible d'améliorer beaucoup le pronostic. Une règle de conduite unique le permet : opérer de bonne heure. Quand on soupçonne une annexite d'être tuberculeuse, il faut la surveiller plus attentivement. Le traitement médical peut guérir, cela est hors de doute. Les nouvelles méthodes par la tuberculine et l'insolation nous réservent peut-être des surprises heureuses. Mais à l'heure présente, il faut encore suivre les règles de la clinique ancienne.

Le traitement médical ne donne-t-il pas de résultats

bien constatés, bien vérifiés, ou bien la maladie est-elle d'une classe sociale où il est difficile de se soigner, et où gagner sa vie est une nécessité, il faut recourir au traitement chirurgical. Il sera d'autant meilleur dans ses résultats qu'il sera institué d'une façon plus précoce. Actuellement, la vogue est aux opérations conservatrices. Elle aura un excellent résultat. Nous ignorons encore quel est le sort de la méthode, mais elle oblige à opérer tôt, afin de permettre des opérations moins mutilantes et conservant la fonction. Elle met les malades dans les conditions les meilleures. Elle a un retentissement sur toute la thérapeutique de la tuberculose annexielle. Que l'on soit conservateur, que l'on soit radical, les résultats seront d'autant plus encourageants que l'opération sera faite plus près du début des accidents et, « si l'intervention chirurgicale n'est pas toujours victorieuse, il nous suffit de savoir qu'elle donne souvent des résultats parfaits et des guérisons admirables » (Faure).

Il ne faut pas désespérer trop vite, même si les lésions sont étendues. La plupart des malades dont nous avons recueilli les observations furent opérées tardivement. Les résultats sont bons. On assiste parfois à de véritables résurrections, comme nous le montre l'observation ci-contre :

OBSERV. 81

Th... S..., vingt-trois ans. Forme grave. Etat général très atteint. Accès de fièvre fréquents. Amaigrissement très accusé. Poids 32 kilogrammes. Le ventre est très augmenté de volume. La malade est cachectisée. Elle présente de l'œdème des jambes, de la diarrhée, de la fièvre à

grandes oscillations. Le toucher montre un utérus petit, dévié, entouré de masses volumineuses, fluctuantes, remontant jusqu'à l'ombilic. Le repos n'agit en rien. Devant la gravité de la situation et la stabilité des symptômes, on décide d'intervenir.

Opérée le 10 août 1908. — Laparotomie médiane. On tombe sur une masse intestinale formée par les anses agglutinées, entourant une volumineuse poche remontant jusqu'à l'ombilic, pleine d'un pus fétide et limitée en bas par la vessie, l'S iliaque et son méso. Le méso sigmoïde est perforé, et, au-dessous de lui, dans le pelvis, on trouve les annexes volumineuses, lardacées, purulentes, et entourées par une poche de pelvi-péritonite occupant tout le bassin et communiquant avec la poche abdominale à travers le méso-côlon iliaque. Hystérectomie totale ; on place un drain vaginal. La poche supérieure se vide dans la poche pelvienne.

La malade fut longue à se remettre. Sa guérison fut accélérée par divers séjours dans le Midi.

8 décembre 1911. — La malade va très bien, elle est vive, gaie, bien portante. Quelques pertes blanches, quelques troubles de la castration sont les seuls vestiges du passé. Elle a engraisé de 28 kilogrammes et il lui semble avoir fait un mauvais rêve.

Une observation semblable n'est pas isolée. Les guérisons inespérées sont même relativement fréquentes, parmi les malades opérées, il y a quelques années, à une époque où les interventions étaient moins précoces.

Cependant le pronostic, pour être favorable et cela d'une façon certaine, doit être accompagné de certaines règles de conduites.

Le chirurgien accordera grande attention à l'état général. Il laissera passer les périodes aiguës, il se

guidera sur la température, sur le relèvement de la malade et il n'opérera que lorsque les conditions lui paraîtront réunir le maximum d'indications.

Il est une question qui joue un rôle de premier ordre dans cette chirurgie des annexes : c'est la question d'étage. Il faut opérer dans le petit bassin, et y demeurer le plus possible. Il semble que l'on peut se permettre alors les interventions les plus audacieuses ; mais il faut que la prudence, que la crainte augmentent à mesure que l'on s'élève vers la grande cavité abdominale.

Le grand danger, nous l'avons montré ailleurs, est la péritonite. Aussi ne faut-il s'attaquer à l'intestin que lorsque cela est véritablement indispensable. Il est impossible de tout enlever, il faut confier aux forces naturelles le soin de guérir les lésions secondaires.

De l'étude des formes anatomiques et du mode de traitement qui leur fut appliqué, il résulte des règles de conduite et des degrés dans la formule du pronostic.

La forme la plus favorable nous paraît être l'hydrosalpinx et l'abcès froid tubaire. Tous ceux que nous avons pu retrouver sont complètement guéris. Il semble que l'on peut établir ainsi la règle de conduite à tenir : opérer dès que le diagnostic est posé. Les opérations conservatrices donnent là d'excellents résultats. On a affaire à une tuberculose dont la virulence paraît atténuée. Si l'unilatéralité est certaine, ou si, bien que bilatérales, les lésions sont évidemment, uniquement tubaires, la salpingectomie est l'opération de choix. Si on a le moindre doute sur l'état des ovaires, il vaut mieux être radical.

Les lésions ovariennes nous ont paru les plus graves. Dans les tableaux de mortalité, la localisation ovarienne se retrouve à chaque instant. En 1895, Guillemain signalait déjà cette particulière gravité. D'autres auteurs ont insisté sur ce fait. Guillemain recommande l'opération aussi précoce et aussi radicale que possible. Il semble que cette règle demeure entière, et que la conservation ne soit permise qu'en cas d'unilatéralité certaine et cela même seulement dans les cas d'opération précoce.

Les cas avec réaction péritonéale devront être traités différemment. Sa forme ascitique est justiciable de la laparotomie simple ou avec salpingectomie, ainsi que le montrent le cas de Nélaton, les thèses de Pic, de Leuret, les résultats de Bouilly, de Mayo, de Murphy.

Les formes à extension péritonéale fibro-caséuse sont celles où les règles de conduite sont le plus difficile à établir. Rien n'est fixé ; l'habileté personnelle du chirurgien, l'habitude qu'il a de toutes les ressources de la chirurgie gynécologique devront guider dans l'opération. Il nous semble qu'il faut être réservé. Ce sont ces formes qui donnent les plus vives satisfactions ; ce sont celles aussi qui sont les plus redoutables. Baisch croit que le traitement médical agit aussi bien que le traitement chirurgical. Il nous semble cependant que l'on doit opérer. Il faut toujours faire profiter le malade d'une laparotomie. Celle-ci faite, on agira suivant ce que l'on constatera. Si on prévoit que l'ablation des annexes ne sera pas trop remplie de difficultés, il nous paraît que l'on doit la pratiquer.

Si les lésions sont trop étendues ou si on prévoit des dégâts trop considérables, il faut s'en tenir à une

simple laparatomie qui parfois donnera un résultat inespéré. On reviendra au traitement médical, qui se retrouve ainsi aux deux extrémités de l'échelle de gravité de la tuberculose annexielle.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement de la tuberculose annexielle est d'ordre chirurgical.

II. — Le traitement médical ne doit pas être institué comme méthode thérapeutique. Il n'est qu'un moyen d'attente et doit s'adresser surtout à la tuberculose en général et secondairement à la localisation annexielle.

III. — La voie vaginale est abandonnée. Elle oblige souvent à des opérations complémentaires par voie haute. Elle doit être réservée à des cas tout à fait particuliers : abcès du Douglas, affections associées, suppurations pelviennes chaudes, demandant un traitement d'urgence.

IV. — La voie abdominale est la voie de choix. Elle permet d'adapter le procédé opératoire à l'étendue et à la gravité des lésions. Elle a par elle-même une action curative.

V. — Il n'y a pas opposition entre la nature tuberculeuse des lésions et les opérations dites conservatrices. La laparotomie simple peut donner d'excellents résultats, surtout dans la forme à réaction péritonéale ascitique. Elle peut être combinée dans ce cas à la salpingectomie. Elle est parfois le seul traitement à opposer aux formes très étendues. Il nous a semblé

qu'elle agissait d'une façon très heureuse sur les lésions péritonéales, mais qu'elle influençait peu ou pas les lésions ovariennes ou tubaires proprement dites.

Les opérations conservatrices ont pour but de sauvegarder les fonctions. Elles reposent sur le principe de la curabilité de la tuberculose et de l'unilatéralité possible des lésions. Elles donnent de bons résultats *quoad vitam*, mais au total moins parfaits que ceux donnés par les opérations radicales. Elles exposent les malades à la récurrence. Les cas d'unilatéralité, certaines formes anatomiques (abcès froids tubaires), sont justifiables de cette méthode. La fonction menstruelle est sauvegardée. La grossesse est très hypothétique.

VI. — Dans tous les cas où les opérations conservatrices ne seront pas formellement indiquées, on aura recours aux procédés radicaux. Ces opérations s'adressent à la majorité des cas. Elles sont véritablement et définitivement curatives et facilitent l'intervention. L'hystérectomie totale avec drainage vaginal sous-péritonéal nous paraît préférable. Les résultats sont excellents. La guérison est très fréquente et le plus souvent définitive. Les troubles de la castration ne sont que très rarement graves; ils cessent rapidement.

VII. — L'état du poumon n'est une contre-indication qu'autant qu'il s'oppose à une anesthésie. Il peut être favorablement influencé par la cure des lésions annexielles.

Il faut opérer quand les lésions annexielles et les autres localisations tuberculeuses ne sont pas en évolu-

tion. Il faut autant qu'il est possible ne pas sortir du petit bassin et s'attaquer uniquement aux lésions annexielles.

VIII. — La mortalité opératoire est de 8 à 10 pour 100.

La mortalité tardive est à peu près semblable. Elle est due à la progression des lésions, à la cachexie tuberculeuse, à la localisation pulmonaire.

IX. — Le pronostic est bon, quand l'intervention est précoce.

La salpingite nodulaire, interstitielle, le pyosalpinx, l'abcès froid tubaire et l'hydrosalpinx sont des formes favorables.

Les localisations ovariennes sont plus graves, la mortalité opératoire et tardive est plus élevée ; elles peuvent guérir complètement.

L'extension au péritoine n'est pas une contre-indication d'opérer tant qu'elle ne rend pas l'abord des annexes dangereux et difficile.

Lorsqu'elle occasionne un acte opératoire long, pénible, avec lésions de l'intestin, elle dicte l'abstention. Elle est alors du domaine de la laparotomie simple et du traitement médical.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VALLAS.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 13 janvier 1912.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTIN et TAVERNIER, *Lyon médical*, 1905.

ALBERTIN et LERICHE, *Lyon médical*, 1905.

ALBERTIN, A propos des hydrosalpinx et de la torsion du pédicule
(*Société de chirurgie*, 23 novembre 1905, in *Lyon médical*,
24 décembre 1905).

— Absès froid tubaire (*Lyon chirurgical*, 1908).

ALLEAUME, *Rapports de la tuberculose génitale chez la femme avec les
malformations de l'appareil génital* (thèse de Paris, 1907).

AMANN, Congrès de Rome, 1902.

ARMAND (R.), *De l'héliothérapie à l'altitude dans le traitement des tu-
berculoses dites chirurgicales* (thèse de Lyon, 1911).

ARMAND (L.), *le Traitement conservateur dans les salpingo-ovarites*
(thèse de Lyon), 1911.

BAISCH, Résultats éloignés du traitement de la tuberculose génitale
et péritonéale chez la femme (*Arch. f. Gynäk.*, 1908,
LXXXIV, 2; *Semaine médicale*, 10 mai 1908).

BEUVIGNON, *De la salpingite tuberculeuse* (thèse de Nancy, 1898).

BÉGOUIN, Annexite et péritonite tuberculeuses. Faits de guérison par
simple laparotomie (*Journal de médecine de Bordeaux*,
30 juillet 1905).

— Des pyosalpinx non tuberculeux chez les vierges (*Revue de
gynécologie*, février 1911).

BÉRARD, Société de chirurgie de Lyon (*Lyon médical*, 15 octobre
1911).

BERTRAND, *Des abcès froids tubaires* (thèse de Lyon, 1908).

BEYA, Congrès international de médecine de Paris (*Compte rendu*,
t. XV, p. 318, 1900).

BOLE, *De la tuberculose utérine primitive* (thèse de Zurich, 1902).

BOUILLY, *Société de chirurgie*, 1893.

— L'Ascite des jeunes filles (*Semaine de gynécologie*, décembre
1896).

BOURSIER, *Précis de gynécologie*, collection Testut.

- BROCA, *Congrès de chirurgie*, 1889.
- BROUARDEL, Thèse de Paris, 1865.
- CAZENEUVE, Thèse de Montpellier, 1901.
- CHATIN et GAULIER, *Lyon médical*, 1911.
- CHAUFTON, *la Tuberculose annexielle* (thèse de Paris, 1905).
- CHEVRIER et DELVAL, Tuberculose utéro-annexielle ayant permis une grossesse à terme avec enfant bien portant (*Société d'anatomie*, juin 1910).
- CONDAMIN, *Société de chirurgie*, 9 novembre 1905; *Lyon médical*, 1905.
- *Société de chirurgie*, 4 mai 1911; *Lyon médical*, octobre 1911.
- CORNIL, Notes sur la tuberculose de l'ovaire (*Société anatomique*, 1905).
- CORYLLOS, l'Incision transversale sus-pubienne en gynécologie (*Revue de gynécologie*, octobre 1911).
- COTTE, De la tuberculose herniaire et vagino-péritonéale (*Revue de gynécologie*, 1906).
- COUZIN, *Contribution à l'étude de la tuberculose* (thèse de Paris, 1903).
- CULLEN, Tuberculose des organes pelviens chez la femme (*The Canada Lancet*, 1903).
- CUTURI, Etude expérimentale sur le mode de propagation de la tuberculose des trompes et du rectum à la vessie (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, septembre 1910).
- DACLIN, *De la laparotomie vaginale dans le traitement de la péritonite tuberculeuse à forme pelvienne* (thèse de Lyon, 1897).
- DAURIOS, *Tuberculose de l'appareil génital de la femme* (thèse de Paris, 1889).
- DELBET, *Traité des suppurations pelviennes*.
- DERVAUX, *De la tuberculose génitale de la femme et ses complications péritonéales* (thèse de Paris, 1903).
- DURAND, *Société de chirurgie de Lyon*; *Lyon médical*, 1905.
- Castration totale dans la tuberculose annexielle (*Revue pratique de gynécologie et d'obstétrique*, 1906).
- EISENSTEIN et HALLOS, Tuberculose et menstruation. Guérison de la dysménorrhée et de l'aménorrhée par la tuberculine de Karl-Spengler (*Centralblatt für Gynäkol.*, 1908).
- FAURE et SIREDEY, *Traité de gynécologie*.
- FAURE (J.-L.), Congrès de Rome, 1902.
- FERNANDEZ, *Tuberculose génitale de la femme* (thèse de Paris, 1898).
- FERNET, *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1884.
- FRÖMME, Tuberculose utéro-annexielle (*Soc. Obst. et Gyn.*, Leipzig, mai 1907; *Revue de chirurgie*, novembre 1909).

- GAYET et BLANC-PERDUCET, *Société des sciences médicales*, 25 janvier 1911; *Lyon médical*, 1911; *Lyon chirurgical*, 1911.
- GLÖCKNER, Cancer de l'ovaire associé à des lésions tuberculeuses de cet organe (*Société d'obstétrique de Leipzig*, 1904).
- GOROWITZ (Mlle), Thèse de Paris, 1900; *Revue de chirurgie*, 1901.
- GOULLLOUD, Kyste de l'ovaire tuberculeux (*Soc. de chir.*, 2 février 1905; *Lyon médical*, 5 mars 1905).
- GRAS, *Des collections pelviennes ouvertes spontanément dans la vessie chez la femme* (thèse de Paris, 1905).
- GUILLEMAL, la Tuberculose de l'ovaire (*Revue de chirurgie*, 1894).
- HORMANN, Thérapeutique conservatrice dans les affections inflammatoires des annexes et du tissu cellulaire pelvien (*Mediz. Klinik*, 1908, n° 3).
- JABOULAY et RIVIÈRE, *Lyon médical*, 1903.
- JABOULAY et PATEL, *Société de chirurgie de Lyon*, 7 décembre 1905; *Lyon médical*, 1906.
- JONAS, *Contribution à l'étude de la tuberculose génitale de la femme et de sa genèse* (thèse de Heidelberg, 1909).
- KIPARSKY, *Semaine de gynécologie de Saint-Pétersbourg*, 18 septembre 1903; *Revue de gynécologie*, 1904.
- KUNDRAT, Sur la tuberculose des trompes et de la muqueuse utérine (*Arch. f. Gynäk.*, Berlin, 1901).
- LABBÉ, *Congrès de chirurgie*, 1889.
- LÉA, Tuberculose des trompes de Fallope (*North of England obst. and gyn. Society*, 17 mars 1905; *Revue de gynécologie*, 1905).
- LE DENTU, *Semaine de gynécologie*, 1900.
- LE DENTU et S. BONNET, Tuberculose utéro-annexielle (*Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet*).
- LENORMANT, la Tuberculose génitale de la femme (*Progrès médical*, 17 mars 1909).
- LEURET, *Etude clinique sur les rapports de la péritonite tuberculeuse et de la tuberculose génitale chez la femme* (thèse de Paris, 1903).
- LIEFMANN, *Etude clinique de la tuberculose de la trompe* (thèse de Fribourg, 1908).
- LEWIS C. MORRIS, la Conservation dans les opérations sur les annexes de l'utérus (*American Journal of Obstetrics and diseases of Women*, décembre 1910; *Revue de gynécologie*, septembre 1911).
- MAC CANN, Remarques sur le traitement de la tuberculose génitale (*Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire*, juillet 1908).
- MARTIN, *Congrès de Rome*, 1902.

- MARTIN, *la Salpingite tuberculeuse* (thèse de Lyon, 1904).
- MAYO, *Deuver Med. Times*, XXIV, 1904.
- *Dominion Med. Monthly*, XXIII, 1904.
- Sur la tuberculose du péritoine (*Americ. Med. Ann.*, 1905).
- MONTPROFIT, *Salpingite et ovarite*, 1888.
- MURPHY, *Journal américain d'obstétrique*, novembre 1901.
- Tuberculose des organes génitaux et du péritoine de la femme (*American Journal of Obstetrics*, décembre 1903).
- MUSCATELLO, cité par COTTE, Congrès de Rome, 1903 (*Revue de gynécologie*, 1906).
- NÉLATON, *Bulletin de la Société de chirurgie*, juillet 1896.
- PATEL, *Société de chirurgie de Lyon*, 7 décembre 1905.
- PICHEVIN, Opérabilité des formes sèches de la tuberculose utéro-annexielle (*Semaine gynécologique*, octobre 1905).
- PIC, *Essai sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans les péritonites tuberculeuses généralisées et localisées* (thèse de Lyon, 1890).
- PIOTROWSKA (Mlle), *Des fistules pyo-stercorales survenant après la tuberculose des annexes et leur traitement* (thèse de Lauzanne, 1902).
- POLLOSSON (A.), Deux cas de tuberculose de kystes de l'ovaire (*Société de chirurgie*, 20 janvier; *Lyon médical*, 1905).
- POLLOSSON (A.) et VIOLET, Tuberculose des kystes de l'ovaire (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, octobre 1905).
- PONCET et LERICHE, Tuberculose inflammatoire de l'appareil utéro-annexiel (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 7 juin 1910).
- POZZI, *Traité de gynécologie*.
- PRUSMANN, Tuberculose des tumeurs de l'ovaire (*Arch. f. Gyn.*, LXVIII, III; *American Journ. of Obst.*, mars 1904; in thèse Rémy).
- RÉMY, *Des kystes de l'ovaire tuberculeux* (thèse de Lyon, 1904-1905).
- RIVES, *la Tuberculose des annexes de l'utérus* (thèse de Montpellier, 1909).
- ROUVILLE (DE), Considérations sur le traitement des salpingo-ovarites chroniques (*la Gynécologie*, 1910).
- Traitement des salpingo-ovarites chroniques (*Archives de gynécologie et d'obstétrique*, 1911).
- ROVY, Quelques considérations sur le traitement de la tuberculose génitale chez la femme (*l'Obstétrique*, 1910).
- ROUVILLE, A propos d'un pyosalpinx bilatéral chez une vierge (*la Gynécologie*, novembre 1911).
- ROUTIER, *Tuberculose des organes pelviens d'origine ascendante* (thèse de Paris, 1909-1910).

- SARKISIAN, Salpingite tuberculeuse (*Société d'anatomie*, 16 mai 1902).
- SAXTORPH, Congrès médical international de Paris, 1901.
- SCHAKOFF, Contribution à la connaissance de la tuberculose des organes génitaux de la femme (thèse de Genève, 1903).
- SECOND, *Annales de gynécologie*, 1891.
- SIMMONDS, la Tuberculose génitale chez la femme (*Arch. f. Gyn.*, LXXXVII; *Presse médicale*, juin 1909).
- TARGETT, Sur la tuberculose génitale de la femme (*the Lancet*, 15 août 1903).
- TAYLOR, De la tuberculose des trompes de Fallope comme facteur étiologique de la grossesse extra-utérine (*Amer. Journal of Surgery*, juin 1910).
- TEDENAT et ROMANT, Tuberculose intestino-péritonéale à forme verruqueuse (*Province médicale*, 6 février 1909).
- THALER, Des affections inflammatoires des annexes et du tissu conjonctif pelvien, spécialement au point de vue de leur traitement chirurgical (d'après un relevé de plus de 6.000 cas) (*Arch. f. Gyn.*, 1911).
- TIXIER, *Société de chirurgie*, 16 janvier; *Lyon médical*, 1905.
— *Société de chirurgie*, 9 novembre 1905.
— Tuberculose annexielle à forme péritonitique (*la Clinique*, 16 août 1907).
- TOMSON (G.-J.), Contribution à l'étude de la tuberculose des organes génitaux de la femme (*Journal Akoucherstva i jeukisch bolieznei*, 1904; *Revue de gynécologie*, 1906, p. 165).
- TRELAT, *Société de chirurgie*, 1883.
- TUFFIER, Conservation des ovaires et de l'utérus dans les opérations pour annexites (*Revue de chirurgie*, 1905; *Société de chirurgie*, 17 mai au 4 juin 1905).
— Greffes ovariennes (*Soc. de chirurgie*, 18 octobre 1911; *la Gynécologie*, novembre 1911).
- TUFFIER et MILIAN, Cytodiagnostic de la péritonite tuberculeuse et du kyste de l'ovaire (*Société de biologie*, 27 avril 1901).
- WALKER, *Société de chirurgie*, 1896.
- VANVERTS et PAUCOT, *Echo médical du Nord*, 30 juillet 1911.
- WEINBERG et ARNAL, Ouverture d'un pyosalpinx dans le gros intestin (*Société anatomique*, 6 mars 1903).
- VEIT, Congrès de Rome, 1902; *Revue de gynécologie*, 1902.
— Tuberculose des organes sexuels et du péritoine de la femme (*Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, septembre 1903).
- WIELAND, Thèse de Fribourg, 1894.
- VINCENT, Métrorragie symptomatique (*Lyon médical*, 1900).

WILLIAMS, Tuberculose des organes génitaux de la femme (*The Jones Hopkin's Hospital Reports*, 1892).

VIOLET et JAMIN, *Lyon médical* 1904.

VIOLET et COTTE, *Lyon médical*, 1907.

VIOLET, *Lyon médical*, 1907.

— *Lyon médical*, 1908.

VIOLET et CHALIER, Ouverture spontanée dans la vessie de pyosalpinx tuberculeux (*Revue de gynécologie*, 1909).

VOLLE, Thèse de Lyon, 1908.

WITTGENSTEIN, Influence de la substance ovarienne sur les bacilles tuberculeux (*Wien. klin. Woch.*, 1909; *Revue de gynécologie*, janvier 1911).

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	9
CHAPITRE PREMIER. — Formes anatomiques.	13
Formes à lésions salpingiennes prédominantes. . .	14
Formes avec lésions péritonéales prédominantes . .	21
Formes à lésions ovariennes prédominantes. . . .	28
Formes avec complications	33
CHAPITRE II. — Les méthodes du traitement	42
Traitement médical	42
Les méthodes chirurgicales	46
Voie vaginale	46
Voie abdominale	48
Incision de la paroi abdominale	48
Opérations abdominales.	55
Soins complémentaires. Le drainage	59
CHAPITRE III. — Les résultats	64
Tableaux synoptiques de 121 observations	67
Mortalité	79
Mortalité opératoire	79
Les causes	81
Mortalité tardive	90
Survie	93
CHAPITRE IV.	96
Indications thérapeutiques tirées des résultats éloignés	96
Indications thérapeutiques tirées de l'étude clinique .	98

CHAPITRE V. — Choix de la méthode et du procédé.	108
Méthode médicale	108
Du choix du procédé opératoire.	113
Les opérations par voie vaginale.	114
Opération par voie abdominale	120
Laparotomie simple.	121
Les opérations conservatrices	127
Les opérations radicales	145
CHAPITRE VI. — Traitement des complications	155
CHAPITRE VII. — Pronostic et règles de conduite	165
CONCLUSIONS.	171
BIBLIOGRAPHIE	175

